

Diplomarbeit

**Social Prescribing – eine Bedarfserhebung in der
Gemeinde Gröbming**

eingereicht von

Klaus Siebenbrunner

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte

Versorgungsforschung

unter der Anleitung von

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

und

Christina Radl-Karimi, PhD.

Graz, am 20. Dezember 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig 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.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 20. Dezember 2024

Klaus Siebenbrunner eh.

Danksagungen

Ich möchte an dieser Stelle meine große Dankbarkeit all jenen aussprechen, die mich während meiner gesamten Studienzeit und bei der Verfassung dieser Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben.

Zunächst gilt ein besonderer Dank meiner Hauptbetreuerin, Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, für ihre inspirierende und motivierende Begleitung. Sie hat mir dieses spannende Thema vorgeschlagen und mich während der Bearbeitungszeit stets mit wertvollen Inputs und Anregungen unterstützt. Ihre Expertise und Engagement waren für mich eine große Motivation.

Ebenso möchte ich meiner Zweitbetreuerin, Frau Christina Radl-Karimi, PhD, ein herzliches Dankeschön aussprechen. Während der gesamten Verfassungszeit der Diplomarbeit hatte sie stets ein offenes Ohr für meine unzähligen Anliegen und Fragen. Jede E-Mail wurde nahezu umgehend beantwortet und die zahlreichen Besprechungen und Diskussionen, die sie mit mir über die Arbeit geführt hat, macht diese erst zu dem, was sie heute ist. Ihre Unterstützung reicht weit über die fachliche Begleitung hinaus: Sie hat mich in schwierigen Momenten motiviert, frische Ideen eingebracht und mich zu Veranstaltungen wie der 1. Social Prescribing-Konferenz in Wien begleitet. Vielen Dank für diese außergewöhnliche Betreuung!

Ein spezieller Dank gilt auch Frau Dr.ⁱⁿ med. univ. Tanja Scarpatetti. Durch ihre zahlreichen Kontakte in der Gemeinde Gröbming hat sie maßgeblich dazu beigetragen, dass diese Datenerhebung überhaupt möglich wurde.

Auch allen Teilnehmer*innen der Datenerhebung möchte ich für ihre Zeit und ihr Engagement danken.

Mein Dank gilt auch all meinen Freund*innen, sowohl jenen, die ich während meiner Studienzeit kennengelernt habe, als auch jenen aus meiner Heimatgemeinde Eisenerz. Ihr wart stets an meiner Seite, habt mit mir stundenlang gelernt, mir vieles erklärt, meine Erfolge gefeiert und mich in schwierigen Phasen unterstützt, wenn Prüfungen nicht wie geplant verliefen. Ohne eure Ermutigung und euren Rückhalt wäre es mir nicht möglich gewesen, diesen Weg so erfolgreich zu bestreiten.

Ein großer Dank gilt meiner ganzen Familie, insbesondere meinen Eltern. Sie haben von der ersten Minute des Studiums an mich geglaubt und mich in jeder Hinsicht unterstützt. So haben sie mich finanziell durch das Studium getragen und mir so ermöglicht, mich voll auf meine Ausbildung zu konzentrieren. Auch meiner lieben Schwester danke ich von Herzen für ihre aufbauende Art und ihre unermüdliche Unterstützung, die mir immer wieder neue Kraft gegeben hat.

Meinen Großeltern möchte ich einen speziellen Dank aussprechen. Zu wissen, wie stolz sie auf mich sind, erfüllt mich mit großer Demut und Freude. Ihre liebevollen Ermutigungen waren für mich in schwierigen Phasen eine große Unterstützung, als ich selbst beinahe aufgegeben hätte. Danke, dass ihr immer an mich geglaubt habt.

Ohne euch alle wäre diese Reise nicht möglich gewesen!

Zusammenfassung

Hintergrund

In Österreich steht jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung in Zusammenhang mit nicht-medizinischen Gesundheitsfragen. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, wurde das Konzept des Social Prescribing eingeführt. Dabei verweisen Ärzt*innen neben der traditionellen medizinischen Behandlung auf nicht-medizinische Unterstützungsangebote, die über eine sogenannte Fachkraft mit Link Working-Funktion koordiniert werden. Ziel ist es, das körperliche, emotionale und soziale Wohlbefinden der Patient*innen zu stärken. Die Bandbreite der Angebote umfasst Gemeinschaftsaktivitäten wie Sportgruppen, Kunstprojekte bis hin zu ehrenamtlichen Tätigkeiten wie beispielsweise in Vereinen. Besonders bei chronischen Erkrankungen, Einsamkeit und psychischen Belastungen wird ein ganzheitlicher Ansatz gefördert, der das Gesundheitssystem gleichzeitig entlastet. Da die Etablierung von Social Prescribing speziell in ländlichen Gebieten noch am Anfang steht, ist das Ziel dieser Diplomarbeit den Bedarf und die Umsetzungsmöglichkeiten für Social Prescribing am Beispiel der Gemeinde Gröbming zu erheben.

Methoden

Für die Bedarfserhebung wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert. Ziel dieser Herangehensweise ist es, die Aussagekraft der Studie durch die Verknüpfung beider Ansätze zu stärken. Der Prozess folgt einem komplementären Ablauf: Zunächst wird eine quantitative Befragung unter den tätigen Ärzt*innen in Gröbming mittels einer nationalen Checkliste durchgeführt. Anschließend folgen leitfadengestützte Interviews mit relevanten Vertreter*innen der Gemeinde Gröbming zur Vertiefung. Die quantitativen Daten werden deskriptiv zusammengefasst und beschrieben, während die leitfadengestützten Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert werden.

Ergebnisse

An der quantitativen Datenerhebung haben fünf Ärzt*innen teilgenommen, für die qualitative Datenerhebung werden ebenfalls fünf relevante regionale Multiplikator*innen interviewt. Die Ergebnisse der quantitativen als auch der qualitativen Datenerhebung verdeutlichen einen klaren Bedarf für Social Prescribing in der Gemeinde Gröbming. Besonders

hervorzuheben ist die Bedeutung von Social Prescribing-Angeboten für spezifische Bevölkerungsgruppen, insbesondere für Menschen, die von Isolation und sozialer Einsamkeit betroffen sind. Die Teilnehmenden betonen die Wichtigkeit einer vorhandenen Fachkraft mit Link Working-Funktion und bringen vielversprechende Ansätze für die Umsetzung von Social Prescribing ein. Sie zeigen jedoch auch ein Bewusstsein für potenzielle Hürden wie z.B. die Finanzierung, die bei der Realisierung überwunden werden müssen.

Diskussion

In der Diskussion wurde gezielt nach Angeboten für Menschen mit Social Prescribing-Bedarf gesucht; insbesondere nach jenen, die besonderen Belastungen wie Isolation und Einsamkeit ausgesetzt sind. Ein zentraler Aspekt ist die Frage, an welchem Standort die Fachkraft mit Link Working-Funktion optimal angesiedelt werden sollte. Neben der Möglichkeit, diese Fachkraft in einer bestehenden Praxis unterzubringen, werden realistischere Alternativen außerhalb der Praxis erörtert. Dazu zählen zentrale, niederschwellige Räumlichkeiten in der Gemeinde, wie beispielsweise ein Sozialraum, ein Generationencafé oder der alte Kindergarten. Weitere Optionen, wie eine Anbindung an die Pflegedrehscheibe Liezen oder eine Integration in Projekte wie „Gesunde Gemeinden“ oder „Community Nursing“, werden ebenfalls kritisch beleuchtet.

Schlussfolgerung

In der Marktgemeinde Gröbming besteht ein klarer Bedarf für Social Prescribing, insbesondere zur Unterstützung von Menschen, die unter Isolation und Einsamkeit leiden. Die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts erfordert die Etablierung einer qualifizierten Fachkraft mit Link Working-Funktion, idealerweise in einer zentralen, niederschweligen Einrichtung, um alle Praxen der Gemeinde zu entlasten und das Netzwerkmanagement effizient zu gestalten. Alternativ könnten Ansätze wie die Integration in bestehende Projekte, wie die Pflegedrehscheibe in Liezen oder Initiativen wie „Gesunde Gemeinden“ oder „Community Nursing“, verfolgt werden. Neben der Finanzierung von Fachkraft und Räumlichkeit ist es entscheidend, dass die Fachkraft das vielseitige Angebotsspektrum in Gröbming kennt, um eine passgenaue Vermittlung zu gewährleisten. So können die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerung gezielt angesprochen und die psychische sowie physische Gesundheit nachhaltig verbessert werden.

Abstract

Background

In Austria, one in five consultations in primary care is related to non-medical health issues. To address this demand, the concept of Social Prescribing was introduced. In addition to traditional medical treatments, physicians refer patients to non-medical support services, which are coordinated by a professional with a Link Worker function. The aim is to improve the physical, emotional, and social well-being of patients. The range of services includes community activities such as sports groups, art projects and volunteer work in local organizations. Social Prescribing particularly promotes a holistic approach for individuals with chronic illnesses, loneliness, and psychological stress, while also reducing the burden on the healthcare system. Since the implementation of Social Prescribing is still in its early stages in rural areas, this thesis aims to assess the demand for and implementation possibilities of Social Prescribing, using the municipality of Gröbming as an example.

Methods

A mixed-methods approach was chosen to assess the demand, combining qualitative and quantitative methods. This approach aimed to increase the validity of the study by linking both methodologies. The process followed a complementary sequence: first, a quantitative survey of practicing physicians in Gröbming was conducted using a national checklist. This was followed by semi-structured interviews with relevant representatives from the Gröbming community for in-depth analysis. The quantitative data were summarized and described descriptively, while the guided interviews were analyzed using qualitative content analysis according to Kuckartz.

Results

Five physicians participated in the quantitative survey and five relevant local stakeholders were interviewed for the qualitative analysis. The results of both the quantitative and qualitative data collection highlighted a clear need for Social Prescribing in the municipality of Gröbming. The significance of Social Prescribing services for specific population groups, particularly those affected by isolation and loneliness, was emphasized. Participants highlighted the importance of a professional with a Link Working-function and proposed promising approaches for implementing Social Prescribing. However, they were also aware of

potential barriers to implementation, such as funding, that need to be overcome during implementation.

Discussion

The discussion focused specifically on services for people with Social Prescribing needs, particularly those facing particular stresses such as isolation and loneliness. A central aspect was the consideration of where the specialist with the Link Working-function should best be located. In addition to the possibility of locating this specialist in an existing practice, more realistic alternatives outside the practice were discussed. These included central, low-threshold premises in the community, such as a social space, an intergenerational café or the old kindergarten. Other options, such as a link to the Liezen Care Hub or integration into projects such as "Gesunde Gemeinden" or "Community Nursing", were also critically examined.

Conclusion

There is a clear need for Social Prescribing in the municipality of Gröbming, particularly to support people struggling with isolation and loneliness. Successful implementation of the concept requires establishing a qualified professional with a Link Worker function, ideally located in a central, low-threshold facility to support all practices within the community and facilitate efficient network management. Alternative approaches, such as integration into existing projects such as the Care Hub in Liezen or other potential initiatives such as "Gesunde Gemeinden" or "Community Nursing," are also viable. In addition to funding the professional and facilities, it is crucial that the professional is familiar with diverse range of services in Gröbming to ensure targeted referrals. This would enable the specific needs of the population to be addressed effectively and ultimately improve both mental and physical health in a sustainable way.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	1
Abbildungsverzeichnis	2
1. Einleitung	3
1.1 Hinführung zum Thema.....	3
1.2 Social Prescribing.....	3
1.2.1 Social Prescribing im internationalen Kontext.....	5
1.2.2 Social Prescribing in Österreich	9
1.3 Aufzeigen der Kenntnis- / Forschungslücke	12
1.4 Zielsetzung.....	12
2. Material und Methoden	13
2.1 Setting.....	13
2.2 Quantitative Datenerhebung.....	16
2.2.1 Fragebogen	16
2.2.2 Durchführung der quantitativen Datenerhebung	16
2.2.3 Analyse der quantitativen Datenerhebung.....	17
2.3 Qualitative Datenerhebung	17
2.3.1 Leitfadengestützte Interviews.....	17
2.3.2 Rekrutierung und Durchführung der qualitativen Datenerhebung	18
2.3.3 Analyse der leitfadengestützten Interviews.....	19
2.4 Ethik.....	19
3. Ergebnisse.....	20
3.1 Checkliste zum Bedarf für Social Prescribing.....	20
<i>Demografische Daten</i>	20
<i>Bedarf von Social Prescribing</i>	20
<i>Unterstützungsmöglichkeiten</i>	21
3.2 Qualitative Datenerhebung	24
<i>Demografische Daten</i>	24
3.2.1 Bedarf von Social Prescribing	24
<i>Isolation und soziale Einsamkeit als Belastung</i>	24
3.2.2 Strukturen für Social Prescribing	25
<i>Vorhandene Strukturen</i>	25
<i>Benötigte Strukturen</i>	26
3.2.3 Link Working-Funktion.....	27
4. Diskussion	29
4.1 Bedarf für Maßnahmen zu Isolation und soziale Einsamkeit.....	29
4.2 Die Link Working-Funktion.....	30
<i>Fachkraft mit Link Working-Funktion</i>	31
<i>Platzierung in der Praxis / Primärversorgung</i>	31
<i>Platzierung außerhalb der Praxis</i>	32
4.3 Antworten auf die Forschungsfragen/Schlussfolgerungen.....	34
4.4 Kritische Reflexion / Einschränkungen zu Inhalt und Methode.....	35
4.5 Implikationen für Theorie und Praxis.....	36
<i>Etablierung von SP in Gröbming</i>	36
4.6 Ausblick und Anregungen für weiterführende Arbeiten	37
5. Literaturverzeichnis	38
6. Anhang.....	42

Abkürzungen

BMSGPK: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

GÖG: Gesundheit Österreich GmbH

IAMEV: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

LW: Link Working

NASP: National Academy for Social Prescribing

NHS: National Health Service

PVE: Primärversorgungseinheit

RML: Regionalmanagement Bezirk Liezen

SP: Social Prescribing

Disclaimer:

"In dieser Abschlussarbeit wird Künstliche Intelligenz (KI) ausschließlich zur Überprüfung von Grammatik und Rechtschreibung eingesetzt. Die inhaltliche Ausarbeitung, Argumentation und Struktur der Arbeit wurden vollständig eigenständig und unabhängig erstellt. Die KI dient lediglich als unterstützendes Werkzeug zur Sicherstellung sprachlicher Korrektheit, ohne die inhaltliche Substanz der Arbeit zu beeinflussen."

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzept von Social Prescribing vom NHS (7)	5
Abbildung 2: Die Link Working-Funktion in Österreich (15)	10
Abbildung 3: Blick über die Marktgemeinde Gröbming (23).....	13
Abbildung 4: Das Versorgungsnetz des Bezirkes Liezen im Überblick (26).....	15
Abbildung 5: Mögliche Belastungen/Bedürfnisse der Patient*innen.....	21
Abbildung 6: Angebotene Unterstützungen für Patient*innen.....	22
Abbildung 7: Hilfsmittel für die Weiterentwicklung	23
Abbildung 8: Prozesskonzept von Social Prescribing in Österreich (14)	36

1. Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor zahlreichen Herausforderungen, die sich aus vielfältigen gesellschaftlichen, ökonomischen, technologischen und wirtschaftlichen Veränderungen ergeben. Eine der Herausforderungen ist es, eine umfassende und angemessene allgemeinmedizinische Versorgung im ländlichen Raum aufrecht zu erhalten (1).

Ein zentrales Ziel der österreichischen Gesundheitsreform aus dem Jahr 2019 ist daher, die Primärversorgung zu stärken und der Bevölkerung eine umfassende, wohnortnahe Versorgung außerhalb von Krankenhäusern und Ambulanzen zu ermöglichen, um diese zu entlasten (1). Im Rahmen dieser Reform sollen gesundheitsfördernde und präventive Angebote ausgebaut und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden. Konkret bedeutet dies die Mitwirkung an regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen, die sich an ganze Bevölkerungsgruppen oder spezifische (vulnerable) Zielgruppen richten (2).

In der österreichischen Primärversorgung werden Allgemeinmediziner*innen in ihrer Ordination tagtäglich mit nicht-medizinischen Bedürfnissen ihrer Patient*innen, wie sozialen Problemen oder gesellschaftlichen Herausforderungen, konfrontiert. Rund jede fünfte Person sucht die medizinische Primärversorgung vorrangig aufgrund nicht-medizinischer Herausforderungen auf (3), was häufig zu Frustration führt, da weder Patient*innen noch Ärzt*innen adäquate Lösungen finden. Ein vielversprechender Ansatz, um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist Social Prescribing (SP).

1.2 Social Prescribing

Das Konzept von SP wurde ursprünglich in England entwickelt (4) und wird dort nun schon seit den 90er Jahren erfolgreich umgesetzt (5). Für SP gibt es offiziell keine einheitliche und anerkannte Definition. Der Begriff wird auch auf unterschiedliche Weise verwendet und der Ursprung des Begriffs ist unklar (6).

National Health Service (NHS) England definiert SP folgendermaßen:

“Social prescribing is a key component of Universal Personalised Care. It is an approach that connects people to activities, groups, and services in their community to meet the practical, social and emotional needs that affect their health and wellbeing (7).”

Im Mittelpunkt dieses Konzeptes steht also der Grundgedanke, dass soziale Bedürfnisse oder Belastungen von Patient*innen einen zentralen und wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben, dieser aber oftmals in der Primärversorgung viel zu wenig beachtet wird. Dadurch wurde der Gedanke ins Auge gefasst, speziell geschultes Fachpersonal inklusive Angebote aufzubauen, welche auf die soziale Gesundheit von Patient*innen eingehen und somit die körperliche als auch die psychische Gesundheit gefördert werden (4).

Link Working-Funktion

Der Interventionsansatz, der dadurch entstand, basiert auf der Überlegung, dass solche Patient*innen, die auf nicht-medizinischen Bedürfnissen belangen, von ihrer*m Allgemeinmediziner*in an eine Fachkraft mit Link Working (LW)-Funktion überwiesen werden (3). Die Aufgabe dieser Fachkraft sollte primär sein, in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person diverse nicht-medizinische Maßnahmen zu finden, welche bei der Verbesserung des Wohlbefindens unterstützen. Die vorhandenen Angebote dafür sind vielfältig und breit gefächert. Das Spektrum reicht von Gesundheitsförderungsmaßnahmen über Bewegungsangebote bis hin zu Gemeinschaftsaktivitäten in diversen Gruppen oder Vereinen (4). Eine Grafik des NHS (7), welche das Konzept von SP veranschaulicht, ist in Abbildung 1 zu sehen.



Abbildung 1: Konzept von Social Prescribing vom NHS (7)

Hierbei wird auf den ersten Blick deutlich, dass das Herzstück von SP die Fachkraft mit LW-Funktion ist, die zur Primärversorgung gehört und ausgebildet wird, um den Patient*innen Zeit für ihre Anliegen zu schenken. Die wesentlichen Elemente umfassen eine Zusammenarbeit mit und zwischen allen relevanten Akteur*innen, einen einfachen Weg für die LW-Funktion, um Überweisungen vorzunehmen sowie Schulungs- und Unterstützungsangebote für die LW-Funktion (blaue Felder). Darüber hinaus sollten freiwillige Organisationen in der Region nachhaltig verankert sein, damit die LW-Funktion und die überwiesene Person gemeinsam einen Plan erstellen können. Schließlich sollte ein System zur Evaluierung der SP-Maßnahmen vorhanden sein. Im Jahre 2006 wurde SP in der Politik des Vereinigten Königreiches als Strategie für gemeindenahere Dienste und für die Umsetzung von Menschen mit Langzeitpflegebedarf erwähnt (6).

1.2.1 Social Prescribing im internationalen Kontext

Der Einsatz von SP nimmt weltweit zu (8, 9, 10) und variiert erheblich zwischen den Ländern, von Pilotprojekten bis hin zu landesweiten Rollouts (9). Die Implementierung reflektiert die lokalen, kulturellen, gesundheitlichen und politischen Gegebenheiten in den unterschiedlichen Ländern. Dabei konzentrieren sich manche Länder auf spezifische Zielgrup-

pen z.B. ältere Personen oder implementieren bevölkerungsübergreifende SP-Maßnahmen. Während manche Überweisungen aus der Primärversorgung erfolgen, werden andere Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen wie z.B. der Gynäkologie oder Onkologie überwiesen. Des Weiteren werden unterschiedlichste soziale, gesundheitliche und/oder sozioökonomische Bedürfnisse und Herausforderungen mit SP-Maßnahmen abgedeckt (8, 9). Im Folgenden wird nun die Implementierung von SP einzelner relevanter Länder im Detail beschrieben.

England

Im Jahr 2023 hat es in England ungefähr 3.200 Fachkräfte mit LW-Funktion (11) gegeben. Allgemeinmediziner*innen des *Bromley by Bow Health Partnership* haben eines der ersten SP-Programme implementiert, welches darauf abzielt, Patient*innen an interne, fachkundige nicht-klinische Dienste zu verweisen (12). In England ist SP vor allem in der Primärversorgung verankert, bei der Allgemeinärzt*innen Patient*innen mit psychosozialen Problemen an Fachkräfte mit LW-Funktion überweisen (11). Diese führen einstündige Gespräche, um individuelle Bedürfnisse zu ermitteln und passende gemeindebasierte Dienste zu empfehlen. Das 2016 gegründete Social Prescribing Network informiert wichtige Akteure über soziale Verschreibung. 2019 wurde die National Academy for Social Prescribing (NASP) ins Leben gerufen, um SP durch Förderung, Zusammenarbeit und Innovation weiterzuentwickeln. NASP unterstützt lokale Projekte, sammelt wissenschaftliche Belege und fördert das Bewusstsein für SP in der medizinischen Ausbildung (11).

Finnland

Lapland ist die erste Region in Finnland, die Fachkräfte mit LW-Funktion in ihr Modell integriert hat, basierend auf einem von der Regierung finanzierten Pilotprojekt. Dieses „ländliche Modell“ für SP besteht aus drei Hauptkomponenten: der Bedarfsidentifizierung und Überweisungen durch Gesundheits- und Sozialfachkräfte, der Beratung durch Fachkräfte mit LW-Funktion, die individuelle soziale Interventionen entwickeln, sowie der Bereitstellung von gemeindebasierter Unterstützung durch ein Netzwerk von Aktivitäten auf Gemeindeebene. Die Gemeinden sind verantwortlich für die Koordination der Fachkräfte mit LW-Funktion, die oft in Teilzeit bei verschiedenen Organisationen tätig sind. Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit investiert 25 Millionen Euro in niedrigschwellige Wohlfahrtsdienste, wobei SP ein wichtiger Bestandteil ist. Zukünftige

Entwicklungen werden sich darauf konzentrieren, verschiedene Modelle von SP in anderen Städten zu testen und die LW-Funktion für die Arbeitskräfte weiterzuentwickeln (11).

Japan

Das Institut für SP in Japan wurde 2018 gegründet, um das Problem der Isolation und Einsamkeit bei Krebspatient*innen zu adressieren, und umfasst mittlerweile 266 Mitglieder aus dem Gesundheits- und Sozialsektor. In einigen Krankenhäusern wird SP praktiziert, wobei medizinische Sozialarbeiter*innen Patient*innen an Gemeinschaftsressourcen verweisen und Aktivitäten fördern, die Einsamkeit verringern. Das Gesundheitsministerium plant die Einführung von "Gemeinde-integrierten Versorgungssystemen" und hat einen Minister für Einsamkeit ernannt, um sozialer Isolation und steigenden Suizidraten entgegenzuwirken (11).

Australien

Australien hat noch kein nationales Modell für soziale Verschreibung, zeigt jedoch zunehmendes Interesse, unterstützt durch Initiativen, die Empfehlungen für die Unterstützung von SP in Australien bereitgestellt haben. Die soziale Verschreibung wird in den aktuellen Royal Commissions für Altenpflege und psychische Gesundheit sowie in der National Preventative Health Strategy (2021–2030) hervorgehoben. Um dem wachsenden Interesse gerecht zu werden, hat die Australian Disease Management Association (ADMA) eine Community of Practice mit über 1400 Mitgliedern eingerichtet, um Initiativen über SP zu sammeln und zu unterstützen (11).

Unterschiedliche Link Working Ansätze

Die LW-Funktion wird in den Ländern unterschiedlich gehandhabt. In Kanada und den USA sind Fachkräfte mit LW-Funktion in Pilotprojekten speziell angestellt (9), während in anderen Ländern bestehendes Personal wie Sozialarbeiter*innen oder Pflegepersonal diese Funktion übernimmt (8, 9). In Portugal wird die Rolle durch Sozialarbeiter*innen ausgefüllt, während in Wales häufig der dritte Sektor involviert ist. Spezifische Schulungen sind meist nicht erforderlich, doch in einem Land wie Slowenien gibt es Schulungsprogramme. Überweisungen zu SP erfolgen in den meisten Ländern durch Gesundheitsfachkräfte, teils auch durch Selbstüberweisung, wie in Australien und Wales (9). Derzeit existiert keine Berufszulassung für Fachkräfte mit LW-Funktion, jedoch wurden in England, Wales und

den Niederlanden Fortschritte bei der Entwicklung von Kompetenzrahmen und Ausbildungscurricula in Gesundheitsberufen erzielt (8).

Evidenz der Wirksamkeit

Eine systematische Überprüfung der Evidenz für SP hatte zum Ziel, die Wirksamkeit von SP-Maßnahmen auf Gesundheit und Wohlbefinden zu bewerten (13). In die Überprüfung wurden Studien einbezogen, die im Vereinigten Königreich durchgeführt wurden. Die Überprüfung hat ergeben, dass SP die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit bestimmten Erkrankungen sowie sozialer Isolation verbessern kann. Allerdings ist die Qualität der Belege im Allgemeinen gering gewesen, da die meisten Studien methodische Einschränkungen wie kleine Stichprobengrößen und fehlende Kontrollgruppen aufweisen. Diese Überprüfung unterstreicht den potenziellen Nutzen von SP-Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens, weist aber auch darauf hin, dass weitere Forschung notwendig ist, um besser zu verstehen, wie diese Maßnahmen am besten umgesetzt und bewertet werden können (13).

In mehreren Ländern wie Australien, Wales, Slowenien und Portugal werden Programme zur Evaluierung von SP entwickelt, oft jedoch ohne umfassende Koordination (9). In Kanada und Finnland wird jedes Pilotprojekt evaluiert, wobei Studien positive Effekte auf die psychische Gesundheit und Gemeinschaftsbindung der Klient*innen sowie auf die Arbeitsbelastung der Gesundheitsdienstleister*innen zeigen. Trotz einiger Hinweise auf Kosteneffizienz, wie in Deutschland und den Niederlanden, fehlen in vielen Ländern systematische Beweise zur Wirksamkeit von SP (9).

1.2.2 Social Prescribing in Österreich

In Österreich steckt SP noch in den Anfängen und ist, abgesehen von den Primärversorgungseinheiten (PVEs), die bereits damit arbeiten, noch weitgehend unbekannt. Doch für die Zukunft ist dieses Konzept von großer Relevanz, sofern die Umgestaltung der Primärversorgung voranschreitet, vor allem da in der Primärversorgung jede fünfte Konsultation im Zusammenhang mit nicht-medizinischen Gesundheitsfragen steht (14). Die wachsende Anzahl an PVEs, in denen verschiedene medizinische und therapeutische Berufsgruppen interdisziplinär zusammenarbeiten, bietet sich hier als optimales Setting für SP an, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und gleichzeitig zur Entlastung des Gesundheitssystems beizutragen (1).

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) definiert SP folgendermaßen:

„Social Prescribing ist ein Interventionsansatz bei dem Patientinnen und Patienten von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nicht-medizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder praktischen) Bedürfnisse an einen sogenannten Link Worker „überwiesen“ werden (4).“

Im einem Handbuch der GÖG für SP werden vier zentrale Elemente (14) skizziert: Sensibilisierung, Link Working, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung. Diese werden nun kurz beschrieben, um einen Überblick über den Aufbau dieses Konzeptes zu bekommen:

Sensibilisierung: Um die verschiedenen Bedarfslagen zu erkennen, werden Berufsgruppen in der Primärversorgung für gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse sensibilisiert, wobei jede Gruppe aus ihrer spezifischen Perspektive auf die Patient*innen blickt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wichtig, damit jede Berufsgruppe Personen mit Bedarf an SP erkennen und an die Fachkraft mit LW-Funktion vermitteln kann, wobei die Unterstützung von Ärzt*innen zentral für eine erfolgreiche Implementierung ist.

Link Working: In der Primärversorgung wird eine Fachkraft mit LW-Funktion etabliert, die als Vermittler*in zwischen der medizinischen Einrichtung und regionalen Angeboten agiert, wie in Abbildung 2 dargestellt ist. Sie führt ausführliche Gespräche mit den Patient*innen, um deren Ressourcen, Bedürfnisse und Belastungen zu identifizieren und entsprechende Handlungspläne zu entwickeln. Dabei werden die Patient*innen bei Bedarf an regionale Angebote weitervermittelt, um ihre soziale Integration und Teilhabe zu fördern. Nach der Weitervermittlung findet ein Reflexionsgespräch statt, um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen, und es erfolgt eine Rückmeldung an die ursprüngliche zuweisende Person.

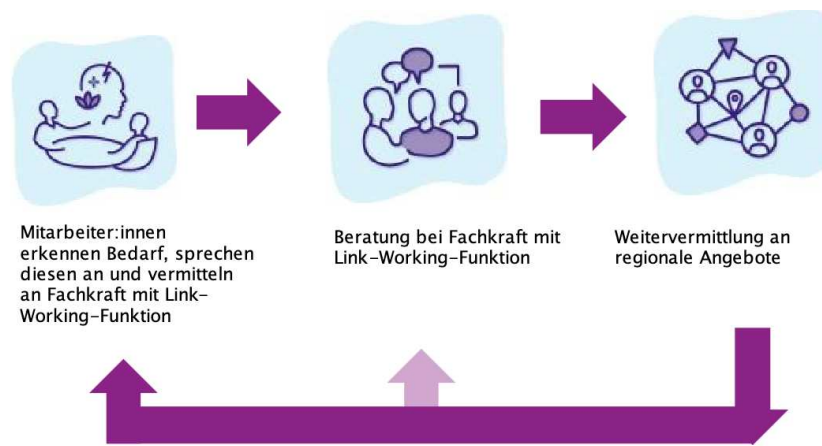


Abbildung 2: Die Link Working-Funktion in Österreich (15)

Netzwerkmanagement: Die Fachkraft mit LW-Funktion oder eine andere Person des Primärversorgungsteams recherchiert regionale Gesundheitsförderungsinitiativen und pflegt den Kontakt zu diesen. Der Aufbau dieses Kooperationsnetzwerks ermöglicht eine bedarfsorientierte Vermittlung von Patient*innen. Werden Angebotslücken erkannt, kann die Schaffung neuer Angebote angeregt oder unterstützt werden.

Qualitätssicherung: Qualitätssicherungsmaßnahmen sind entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung von SP. Im Fokus stehen dabei die Schulung der Fachkräfte mit LW-Funktion sowie die Dokumentation der Beratungen zur internen Kommunikation und zum Monitoring. Regelmäßige Vernetzung, Reflexion und Evaluation der Praxis fördern die kontinuierliche Weiterentwicklung von SP (14).

Um in primärversorgenden Einrichtungen Erfahrungen mit SP zu sammeln, stellt das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Mit-

tel zur Verfügung, für die die GÖG die fachliche Begleitung übernimmt (16). Seit 2021 wurden drei Fördercalls gestartet.

Fördercall 1 & 2 (2021-2022)

Zwischen dem 15. Juni 2021 und dem 15. Dezember 2021 wurde SP in neun Einrichtungen der Primärversorgung getestet und ein Schulungskurs für Fachkräfte mit LW-Funktion organisiert. Von diesen neun Einrichtungen in vier verschiedenen Bundesländern waren sieben in städtischen und lediglich zwei in ländlichen Gebieten angesiedelt. Die Erfahrungen und Ergebnisse dieser Testphase flossen in die Erstellung des Handbuchs ein (14). Die Umsetzungserfahrungen zeigen, dass SP wirksam ist, denn trotz der kurzen Zeitspanne von sechs Monaten und der Umstände der Pandemie konnten erste Strukturen und Prozesse für die Umsetzung von SP aufgebaut werden. Die Patient*innenzufriedenheit mit der Fachkraft mit LW-Funktion ist sehr hoch, außerdem wurden positive Veränderungen bei den Patient*innen wahrgenommen. Pro Patient*in hat das LW durchschnittlich 4,5 Stunden benötigt und 98% der Patient*innen, die das LW in Anspruch genommen haben, würden es weiterempfehlen. Zudem haben 85% der Patienten*innen angegeben, positive Veränderungen durch das LW wahrgenommen zu haben. Die allgemeine Empfehlung lautet: ein Idealmodell für die Implementierung von SP in Österreich weiterzuentwickeln und ein holistisches Konzept zu konkretisieren (17).

Daraufhin wurden von der GÖG im Zuge des Follow-up Calls (Fördercall 2) diese neun Einrichtungen eingeladen, die 2021 begonnen haben, ihre Arbeit fortzusetzen. Auf diese Einladung sind sechs der neun geförderten Einrichtungen von 2021 gefolgt und haben im Rahmen der Umsetzung des Fördercalls bis Ende 2022 am Aufbau von SP weitergearbeitet (16).

Fördercall 3 (2023-2024)

Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde ein dritter Fördercall für SP in der primär- und auch pädiatrischen Versorgung ausgeschrieben. Hierbei wurde explizit erwähnt, dass auch Einzelordinationen/Gruppenpraxen aus dem ländlichen Raum eingeladen sind, an diesem Fördercall teilzunehmen. Für dieses Ausschreiben wurden fünfzehn Einrichtungen (davon acht im ländlichen Raum) aus fünf Bundesländern gefördert (16).

1.3 Aufzeigen der Kenntnis- / Forschungslücke

SP wurde ursprünglich für benachteiligte Gebiete entwickelt, um Menschen mit komplexen körperlichen und psychischen Problemen sowie sozialen und emotionalen Problemen zu helfen. Im Laufe der Zeit wurden die Grundsätze von SP zunehmend auf ältere Menschen angewandt, um Einsamkeit zu bekämpfen und das Niveau der körperlichen Aktivität und das psychische Wohlbefinden zu verbessern. Die Evidenzbasis in Bezug auf SP ist jedoch eindeutig problematisch. Drei Hauptgründe dafür sind methodische Probleme, die Frage der Verallgemeinerbarkeit und praktische Probleme. Trotz dieser Herausforderungen hat SP das Potenzial, Menschen mit komplexen Gesundheits- und Sozialfürsorgebedürfnissen großen Nutzen zu bringen (18).

Am Beispiel Australiens sieht man, dass Menschen im ländlichen Raum bei sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren schlechter abschneiden als jene in Großstädten (19). Dies geht mit einer geringeren Prävalenz von Ärzt*innen und einem schlechteren Zugang zu Gesundheitsdiensten einher. Folglich könnten ländliche Gebiete noch mehr von den Vorteilen der sozialen Verschreibung profitieren. Es gibt jedoch nur wenige Studien, die sich mit SP im ländlichen Raum beschäftigen (19).

1.4 Zielsetzung

Die vorliegende Diplomarbeit verfolgt das Ziel, den potenziellen Bedarf sowie die Umsetzungsmöglichkeiten für SP in der ländlichen Gemeinde Gröbming in der Steiermark zu erheben. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet hiermit:

Welchen Bedarf und welche Umsetzungsmöglichkeiten für Social Prescribing gibt es in der steirischen Gemeinde Gröbming?

Die Datenerhebung erfolgt mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes, wobei relevante Interessensvertreter*innen zu potenziellen Zielgruppen für SP vorhandenen und erforderlichen Angeboten und Strukturen in Gröbming befragt werden. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen praxisrelevante Empfehlungen für die Umsetzung von SP in Gröbming abgeleitet werden.

2. Material und Methoden

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Mixed-Methods Design ausgewählt (20). Im Mixed-Methods Design werden qualitative und quantitative Forschungsmethoden mit dem Zweck kombiniert, die Schlussfolgerungen einer Studie durch die Verknüpfung der beiden Methoden zu stärken (20). Die Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden in dieser Diplomarbeit verläuft in einem komplementierenden Ablauf (21) beginnend mit einer quantitativen Fragebogenbefragung in Form einer nationalen Checkliste gefolgt von leitfadengestützten Interviews.

2.1 Setting

Das Setting dieser Diplomarbeit ist die steirische Marktgemeinde Gröbming.

Ausgewählt wurde dieser Standort, da es einen Bedarf für Analysen zu SP im ländlichen Raum gibt (19), und Gröbming eignet sich aufgrund der Lage und Demografie gut für eine solche Analyse, auch weil es dort noch kein SP gibt. Die Marktgemeinde Gröbming gehört zum Bezirk Liezen und hat 3.210 Einwohner (Stand: Jänner 2024) (22). Die Gemeinde liegt geografisch auf einer Anhöhe im Ennstal am südöstlichen Dachsteinmassiv auf einer Seehöhe von 770 Metern (23).

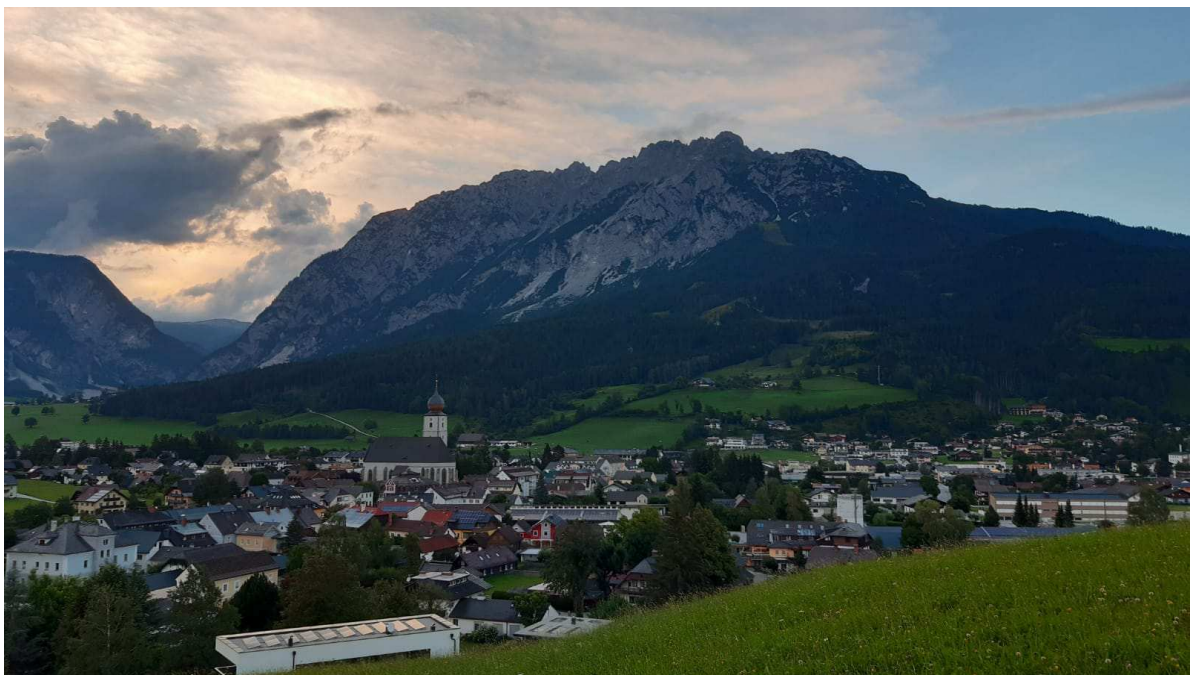


Abbildung 3: Blick über die Marktgemeinde Gröbming (23)

In Gröbming gibt es drei Allgemeinmedizinerinnen (zwei Kassen- und eine Wahlärztin), einen Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, einen Kinderarzt, eine Gynäkologin und einen Zahnarzt (22). Das nächstgelegene Krankenhaus ist die Diakonissen Klinik Schladming, welche in ca. 20 Minuten mit dem Auto erreichbar ist. Die Landeskrankenhäuser Rottenmann und Bad Aussee sind in jeweils 35 bis 40 Autominuten aufzufinden. In Gröbming gibt es einige soziale Einrichtungen, u.a. die Hauskrankenpflege, den Hospizverein und das Beratungszentrum Gröbming, welches sich als „Psychosoziales Netzwerk“ bezeichnet (22). Gröbming verfügt darüber hinaus auch über eine Dienststelle des Roten Kreuzes.

Im 30-minütig entfernten Liezen gibt es eine Reihe von mobilen Angeboten, die auch in Gröbming in Anspruch genommen werden können. Dazu zählen die „JobAllianz“ für Menschen mit Behinderungen, die Einrichtung „Jugend am Werk – Frühe Hilfen Liezen“, welche Eltern und Kinder in der frühen Kindheit unterstützen, und „Pet and People – Agentur für Personenbetreuung“ (22). Eine weitere besondere Einrichtung ist die Pflegedrehscheibe im Bezirk Liezen, welche eine zentrale Anlaufstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist. Diese bietet Unterstützung bei der Organisation und Koordination der benötigten Pflegeleistungen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (22).

Ein weiteres, neues eingerichtetes Projekt ist „Gesund im Bezirk Liezen“. Diese neue Website (24) und ein Infopoint im Schloss Trautenfels bieten laufend aktuelle Einblicke in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Bezirk Liezen und beantworten Fragen zu bereits umgesetzten sowie geplanten Maßnahmen anhand konkreter Fallbeispiele und übersichtlicher Informationen. Zudem können sich Interessierte für einen Newsletter anmelden, um kontinuierlich über den aktuellen Stand der Entwicklungen informiert zu bleiben (22).

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Bezirk Liezen schreitet stets voran, wie im „Steirischen Strukturplan Gesundheit 2025“ (25) detailliert beschrieben wird. Für den Bezirk Liezen bedeutet das konkret, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit ein neues Leitspital am Standort Stainach-Pürgg geben wird und an den drei Spitalsstandorten im Bezirk (Bad Aussee, Rottenmann und Schladming) Gesundheits- und Facharztzentren

etabliert werden (26). In Abbildung 4 ist das Versorgungsnetz vom Bezirk Liezen dargestellt, inklusive der in der Vorbereitung bzw. Umsetzung geplanten Projekte.

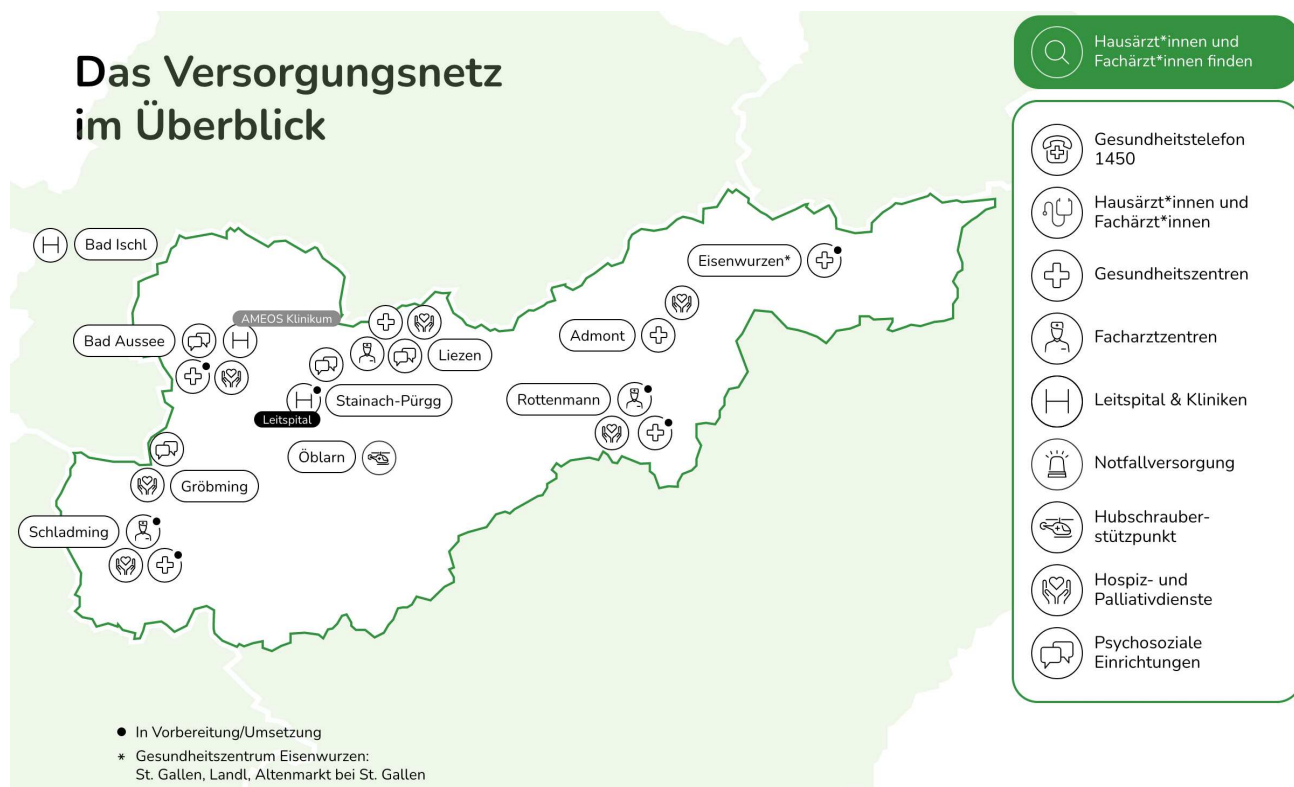


Abbildung 4: Das Versorgungsnetz des Bezirkes Liezen im Überblick (26)

Ebenfalls wichtig zu erwähnen ist das Regionalmanagement Bezirk Liezen (RML) (27). Dies ist eine von sieben Regionalentwicklungsgesellschaften in der Steiermark mit der Aufgabe, die Regionalentwicklung im Bezirk Liezen zu unterstützen und zu fördern.

Konkret koordiniert das RML die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden und erstellt eine regionale Entwicklungsstrategie basierend auf der Landesentwicklungsstrategie. Auf dieser Grundlage wird jährlich ein Arbeitsprogramm entwickelt. Das RML entwickelt, verwaltet und evaluiert Projekte und verfolgt die regionale Entwicklung. Es vernetzt Akteur*innen der Regionalentwicklung, informiert und beteiligt die Bürger*innen. Zudem stimmt es sich mit anderen Regionen und dem Land Steiermark ab und berät zu Fördermöglichkeiten in der Regionalentwicklung (27).

2.2 Quantitative Datenerhebung

Die durchgeführte Datenerhebungsmethode in dieser Diplomarbeit ist eine quantitative Forschungsmethode mittels eines Fragebogens. Im Folgenden werden die Details zu dieser Methode genauer beschrieben.

2.2.1 Fragebogen

Um den Bedarf für SP aus Sicht der Primärversorgung in Gröbming zu erheben, wird mit Erlaubnis der GÖG der bestehende Fragebogen *Checkliste: Voraussetzungen für Umsetzung von Social Prescribing klären* der Gesundheit Österreich GmbH verwendet (28). Diese Checkliste soll bei der Entscheidung, ob die Etablierung von SP in einer Ordination einen Mehrwert für die Patient*innen und das Ordinations-Team darstellen könnte, helfen (28). Die Checkliste enthält sechs Fragen, wobei es bei einer Frage auch vier Unterfragen gibt. Die Fragen decken die Bereiche Bedarf von SP, Unterstützungsmöglichkeiten, Etablierung einer Fachkraft mit LW-Funktion und die Weiterentwicklung des Prozesses ab. Bei insgesamt fünf Fragen haben die Teilnehmer*innen auch die Möglichkeit, in eigenen Worten eine Ergänzung anzumerken. Des Weiteren wurden einzelne demografische Daten zum Alter, Geschlecht, Beruf und Berufsjahre erhoben. Der Fragebogen befindet sich im Anhang 1.

2.2.2 Durchführung der quantitativen Datenerhebung

Für den Fragebogen wurden die in Gröbming tätigen Ärzt*innen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Gynäkologie telefonisch eingeladen. Anschließend wurde der Fragebogen per E-Mail zum Ausfüllen versendet. Die Teilnehmenden wurden im Zuge der Befragung schriftlich über Datenschutz, Anonymität und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.

Alle angefragten Teilnehmer*innen haben für die Beantwortung des Fragebogens zugesagt und somit wurden fünf ausgefüllte Checklisten retourniert, die in die Auswertung inkludiert wurden.

2.2.3 Analyse der quantitativen Datenerhebung

Die Ergebnisse des Fragebogens, bei dem die meisten Fragen im Single-/Multiple Choice - Format gestellt wurden, wurden deskriptiv zusammengefasst und beschrieben. Die Antworten der offenen Fragen, bei denen die Teilnehmer*innen mit eigenen Worten antworten konnten, wurden thematisch geordnet.

2.3 Qualitative Datenerhebung

Bei der zweiten Datenerhebungsmethode in dieser Arbeit handelt es sich um eine qualitative Methode mittels leitfadengestützter Interviews. Im Folgenden wird die Vorgehensweise der qualitativen Datenerhebung beschrieben. Eine qualitative Datenerhebungsmethode zielt darauf ab, Verläufe und Sichtweisen detailliert zu beschreiben, weshalb sie sich auf die Erhebung kleinerer, fokussierter Stichproben konzentriert (29).

2.3.1 Leitfadengestützte Interviews

Qualitative, leitfadengestützte Interviews sind eine verbreitete, ausdifferenzierte und methodologisch gut etablierte Methode, um qualitative Daten zu erheben (30). Dabei steht auch die Subjektorientierung und Offenheit bei dieser Erhebungsmethode im Vordergrund (31). Subjektorientierung bedeutet, dass in der Regel angestrebt wird, die Perspektiven der für den Untersuchungsgegenstand relevanten Akteur*innen subjektorientiert zu rekonstruieren; das heißt: deren jeweilige persönliche Vorstellungen herauszuarbeiten (32).

Unter einem leitfadengestützten Interview versteht man eine qualitative Datenerhebung, bei der das durchgeführte Interview vorab durch einen Leitfaden teilstrukturiert ist. Das bedeutet, dass zuvor festgelegte Fragen gestellt werden, diese jedoch vom/von der Interviewpartner*in offen beantwortet werden können. Dadurch können diese selbst entscheiden, wie ausführlich sie auf die Fragen antworten möchten. Der/die Interviewer*in kann dadurch, um bei etwaigen Antworten mehr ins Detail zu kommen, spezifische und kontextabhängige Unterfragen einbauen (29). Alle Fragen sollten offen, neutral, klar und frei von suggestiver Sprache sein. Darüber hinaus sollte in den Fragen vertraute Sprache verwendet und Fachjargon vermieden werden (33).

Für qualitative Datenerhebungen werden üblicherweise gezielte Interviewteilnehmer*innen rekrutiert, deren Beitrag einen hohen qualitativen Mehrwert erzielt. Der Vorteil liegt darin,

dass in dieser Forschungsmethode eine detaillierte und genaue Analyse der Fälle vorgenommen werden kann. Mögliche Nachteile sind ein kleineres Sample, ein höherer Zeitaufwand verbunden mit Datenbearbeitung und eine eingeschränkte Möglichkeit für verallgemeinernde Aussagen (29). Diese Datenerhebungsmethode wurde ausgewählt, um den subjektiven Bedarf von SP in Gröbming zu erheben, der in einem Fragebogenformat allein nicht in dieser Tiefe möglich gewesen wäre (29).

Inhaltlich besteht der Leitfaden aus drei Themenbereichen:

- Allgemeines Verständnis von SP
- Bedarf für SP in Gröbming
- Praktische Umsetzungsmöglichkeiten von SP

Der Leitfaden für die durchgeführten Interviews befindet sich im Anhang 2.

Als Vorbereitung auf die darauffolgenden Interviews wurde im Vorhinein ein Probeinterview mit einem Allgemeinmediziner durchgeführt, der über Grundkenntnisse zum Thema SP verfügt. Es dient zur Evaluierung der Verständlichkeit und Vollständigkeit der vorgegebenen Themen und den Fragestellungen des Leitfadens. Darüber hinaus sollte eine Abschätzung für die erforderliche Dauer des Interviews abgegeben werden.

2.3.2 Rekrutierung und Durchführung der qualitativen Datenerhebung

Für die leitfadengestützten Interviews wurden relevante Multiplikator*innen rekrutiert, die in Gröbming in diversen Strukturen platziert und gut vernetzt sind. Dazu zählen Vertreter*innen der Primärversorgung (Allgemeinmediziner*innen), der Gemeinde (Verwaltung), dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie dem Freiwilligensektor und dem Schulwesen. Insgesamt wurden fünf Personen für die leitfadengestützten Interviews eingeladen, erfreulicherweise haben alle Teilnehmer*innen dem Interview zugesagt.

Der Ort des Interviews war von den Teilnehmer*innen frei wählbar. Vier Interviews wurden in Präsenz in Gröbming und eines telefonisch abgehalten. Es wurde vor Ort bzw. per E-Mail eine schriftliche Datenschutz- und Einwilligungserklärung (im Anhang 3) vor dem leitfadengestützten Interview in zweifacher Ausführung eingeholt.

Die leitfadengestützten Interviews durften auch durch die Zustimmung der Befragten für eine Transkription aufgezeichnet werden. Die Audioaufnahmen werden mit Projektende

wieder gelöscht. Die Daten werden ebenfalls anonymisiert wiedergegeben. Die Interviews dauern zwischen 20 und 45 Minuten.

2.3.3 Analyse der leitfadengestützten Interviews

In dieser Diplomarbeit wird für die leitfadengestützten Interviews die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz verwendet (34). Dies ist ein Auswertungsverfahren nach Udo Kuckartz, das Textmaterial systematisch und regelrecht analysiert. Es können hierbei drei Basisformen unterschieden werden; nämlich inhaltlich strukturierend, evaluativ und typenbildend.

Die inhaltlich strukturierte qualitative Inhaltsanalyse beschreibt die inhaltliche und themenorientierte Auswertung, welche die Herausbildung von Ober- und Unterthemen bzw. Kategorien beinhaltet. In dieser methodisch kontrollierten Weise können die Informationen des gesamten Datenmaterials ausgeschöpft werden, indem eine inhaltliche Strukturierung erzeugt, Zusammenhänge gesucht und geprüft und die Ergebnisse anschließend übersichtlich dargestellt werden (34).

2.4 Ethik

Für die vorliegende Diplomarbeit wird von der Medizinischen Universität Graz ein positives Ethikvotum ausgestellt (35-457 ex 22/23). Es wird dargelegt, dass die Befragungen mittels Fragebogen und die leitfadengestützten Interviews anonym durchgeführt werden. Allen Interviewpartner*innen wurde im Vorfeld eine Einverständniserklärung ausgehändigt, welche vor der Durchführung der Interviews unterschrieben wurde. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen werden am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Med Uni Graz aufbewahrt. Die teilnehmenden Personen haben eine Kopie erhalten. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

3. Ergebnisse

Im Folgenden befinden sich die Ergebnisse der erhobenen Daten. Zuerst wird auf die Resultate des Fragebogens eingegangen, im anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten leitfadengestützten Interviews präsentiert.

3.1 Checkliste zum Bedarf für Social Prescribing

Demografische Daten

Für den Fragebogen wurden fünf praktizierende Ärzt*innen im Alter von 52 bis 62 Jahren in der Marktgemeinde Gröbming befragt. Vier der Teilnehmenden sind Frauen, ein Teilnehmer ist männlich. Ihre Fachrichtungen umfassen Allgemeinmedizin (teils als Wahlärzt*innen), Gynäkologie und Pädiatrie, mit Berufserfahrungen zwischen 27 und 35 Jahren.

Bedarf von Social Prescribing

Alle fünf Befragten geben an, dass sie in ihrem Praxisalltag Patient*innen treffen, die zusätzlich zur medizinischen Versorgung weitere Unterstützung/Interventionen benötigen würden. Drei der Befragten geben sogar an, viele dieser Patient*innen zu treffen.

Darüber hinaus geben alle fünf Befragten an, keine zentrale Anlaufstelle, an die sie diese Personen vermitteln könnten, zu haben.

Des Weiteren wird über die Belastungen und Bedürfnisse solcher Patient*innen gefragt. Die Ärzt*innen haben hierbei die Möglichkeit, auch Mehrfachnennungen der vorgeschlagenen Antworten zu nennen. Wie in Abbildung 5 dargestellt, geben alle fünf Befragten an, dass *Überforderung/psychische Belastung* ein häufiges Bedürfnis der Patient*innen in der Praxis sei. Drei der Befragten geben *Gesundheitsförderung/Prävention* und *soziale oder emotionale Bedürfnisse* an, gefolgt von *sozialer Isolation/Einsamkeit* und *finanzieller Notlage*.

Weitere sonstige genannte Belastungen bzw. Bedürfnisse sind die Unterstützung bei Anträgen aller Art, Mobbing am Arbeitsplatz und partnerschaftliche Belastungen.

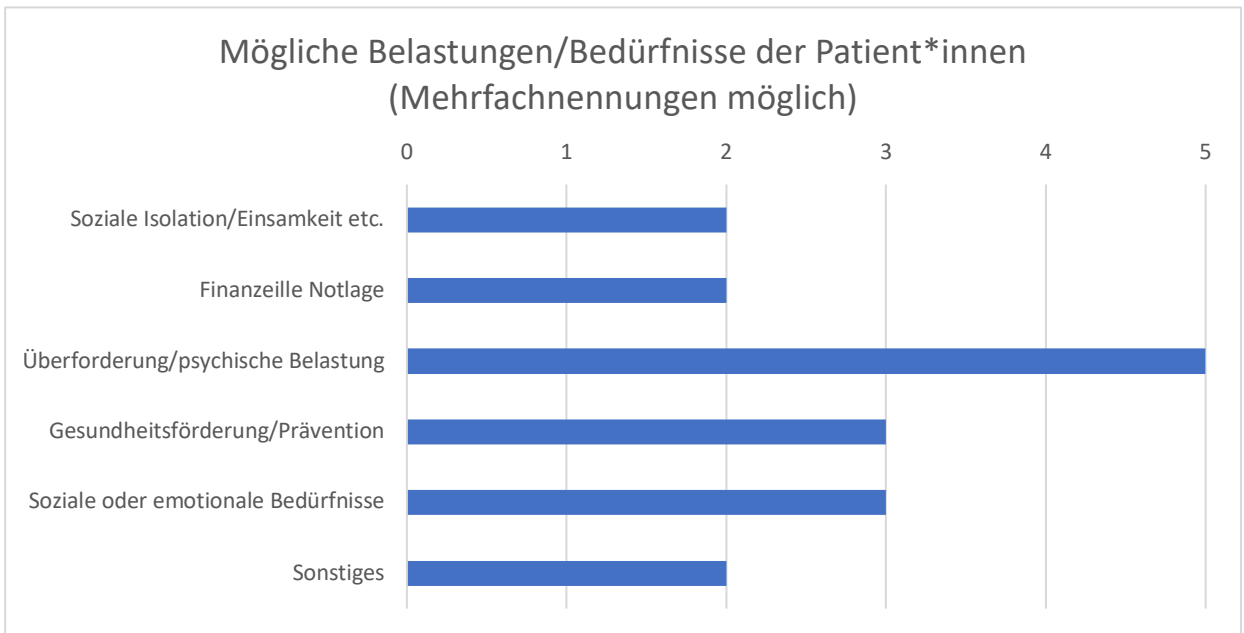


Abbildung 5: Mögliche Belastungen/Bedürfnisse der Patient*innen

Unterstützungsmöglichkeiten

In der nachfolgenden Frage werden die Unterstützungsmöglichkeiten aufgelistet, welche von den Ärzt*innen angeboten werden. Wie in Abbildung 6 dargestellt, geben vier der fünf Befragten an, dass sie ein *Beratungsgespräch führen*. Jeweils drei vermitteln diese Patient*innen an *eine/n Sozialarbeiter*in bzw. andere Fachkraft* oder *geben Informationen und Adressen für alternative Unterstützungsangebote* an.

Dass Anliegen in der Praxis erledigt werden, obwohl diese nicht in der Zuständigkeit der Ärzt*innen liegen und es einen sogenannten „Kindergarten für ältere Leute“ gibt, an den übermittelt werden kann, wird von den Ärzt*innen zusätzlich ergänzt.

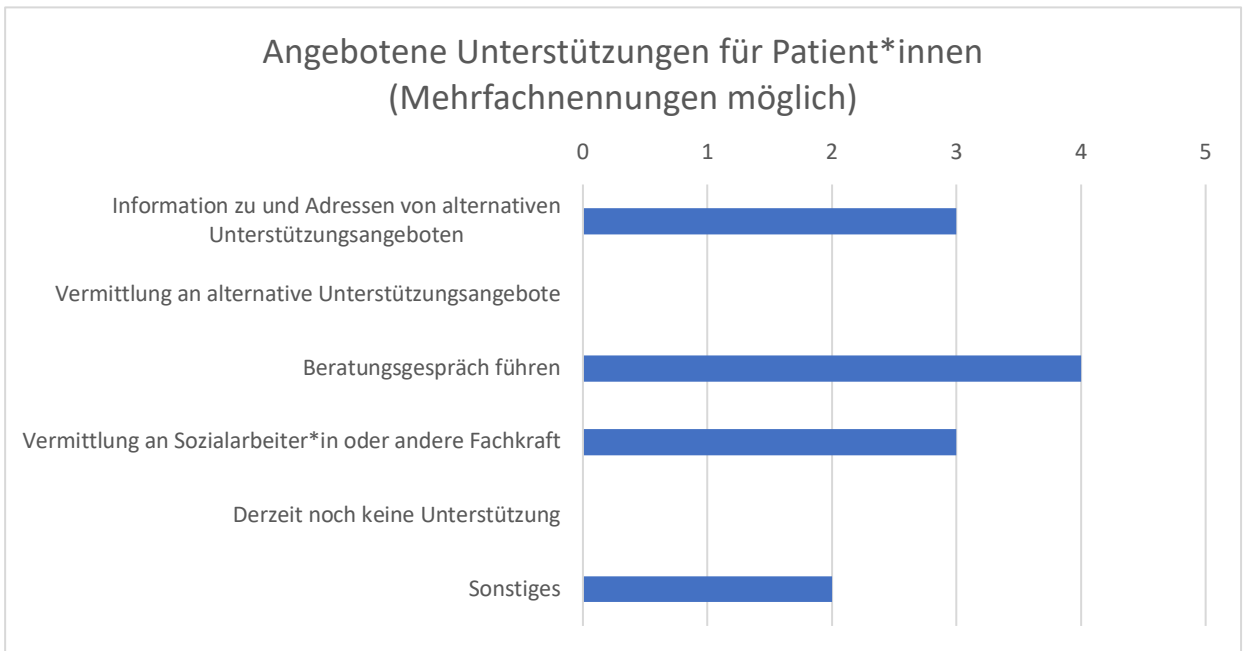


Abbildung 6: Angebotene Unterstützungen für Patient*innen

Für vier der Befragten wäre eine zentrale Anlaufstelle eine zeitliche als auch eine psychische Entlastung für das Praxis-Team, weil man die Patient*innen versorgt weiß. Eine Person hingegen entscheidet sich für die Option, dass es eher keine Entlastung sei.

Alle fünf Befragten haben angegeben, dass es momentan in ihrer Praxis keine Person gibt, welche die Aufgaben (der Fachkraft mit LW-Funktion) abdecken könnte. Eine Person hat angefügt, dass es vielleicht schon jemanden in der Ordination geben würde, aber dafür müsste der-/diejenige eine Schulung oder ähnliches im Vorhinein bekommen.

Unterschiedliche Antworten zeigen sich bei der Frage, ob die bisherigen Aufgaben dieser Person in Richtung SP weiterentwickelt werden könnten. Vier Personen sind positiv, mit jedoch unterschiedlichen Forderungen auf diese Idee gestimmt. Dass diese Entwicklung noch einige Zeit brauche, sowie dass es dafür zusätzliche Aus- und Weiterbildung benötige, hat jeweils eine Person empfunden. Für zusätzliche finanzielle Ressourcen sprechen sich zwei der befragten Ärzt*innen aus.

Lediglich eine befragte Person hat angegeben, dass der Versorgungsauftrag in Hinblick auf Gesundheitsförderung/Krankheitsprävention und vulnerablen Gruppen in ihrer Praxis anders gehandhabt werde.

Ein zentraler und wichtiger Punkt ist die Fragestellung nach den benötigten Hilfsmitteln für die Weiterentwicklung von SP. In Abbildung 7 sieht man, dass vier der Befragten sich eine *Übersicht über potenzielle Angebote* in der Region wünschen würden. Ebenfalls wird eine *Kooperation mit Akteur*innen aus dem Umfeld* als positives Hilfsmittel von drei Ärzt*innen angegeben. Die *Anleitung bzw. Know-how für die Umsetzung* von SP würde zwei Befragten bei der Etablierung dieses Konzeptes hilfreich erscheinen.

Wenn die *Finanzierung* einer Fachkraft mit LW-Funktion für fünf bis zehn Wochenstunden übernommen wird, kann sich eine Person eine gute Ausgangslage vorstellen, eine weitere Person findet schon zwei finanzierte Wochenstunden als ausreichend.

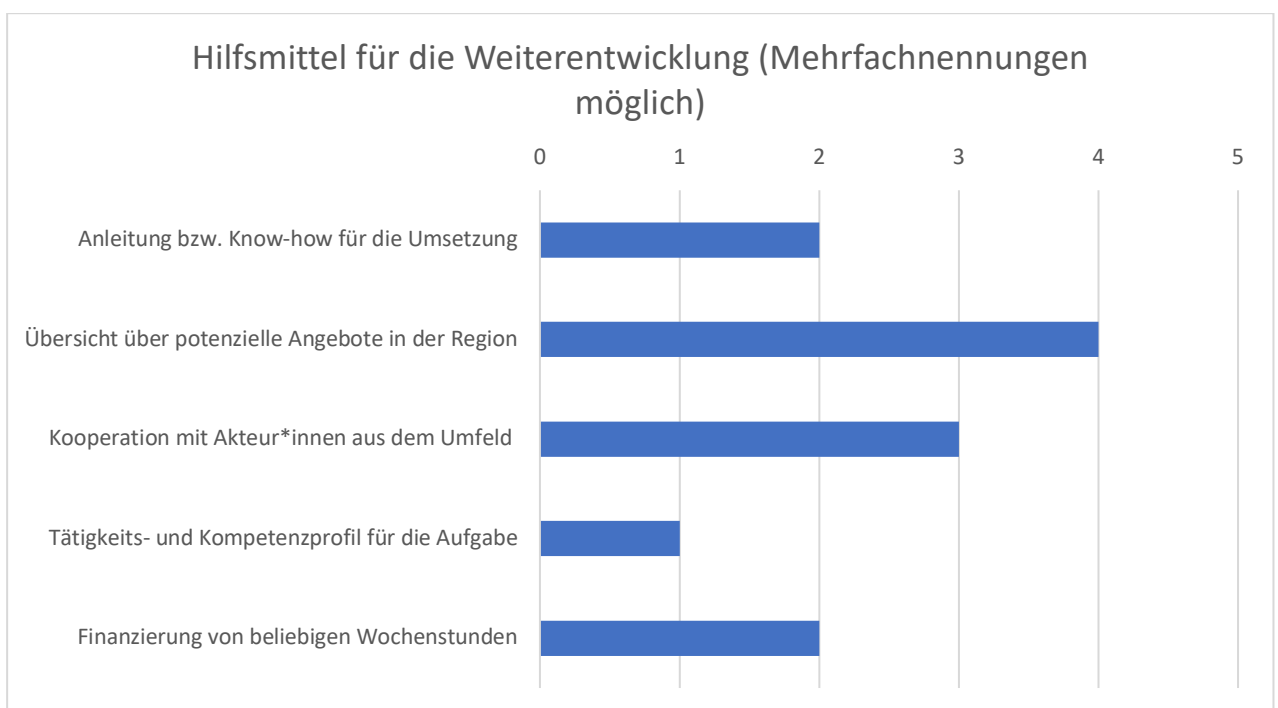


Abbildung 7: Hilfsmittel für die Weiterentwicklung

Bei der abschließenden Frage konnten die Ärzt*innen konkret über die Etablierung von SP in ihrer Praxis berichten. Es wurde gebeten, das Ziel für ihre eigene Praxis hinsichtlich der Umsetzung von SP zu definieren, das für das aktuelle Jahr sowie mittel- bis langfristig in Aussicht steht.

Die Antworten reichen vom Finden bzw. Installieren einer Fachkraft mit LW-Funktion über eine Kooperation mit der Gemeinde/Sozialreferat bis hin zur besseren Versorgung der Patient*innen, Entlastung des medizinischen Personals und Gesundheitsförderung.

3.2 Qualitative Datenerhebung

Demografische Daten

Für die leitfadengestützten Interviews wurden fünf relevante Vertreterinnen der Marktgemeinde Gröbming ausgewählt. Die befragten Frauen, im Alter von 44 bis 72 Jahren, stammen aus unterschiedlichen Berufsfeldern wie Allgemeinmedizin, Gesundheits- und Sozialwesen, Bildung und Freiwilligensektor. Sie bringen vielseitige Perspektiven ein, die von praktischer medizinischer Erfahrung bis hin zu Verwaltungsaufgaben und ehrenamtlichem Engagement reichen.

Die qualitative Analyse nach Kuckartz ergibt vier Themen, die im Folgenden näher beschrieben werden. Zitate der interviewten Personen werden mit P1-P5 gekennzeichnet.

3.2.1 Bedarf von Social Prescribing

Obwohl ein unterschiedlicher Wissensstand von SP bei den einzelnen Befragten vorhanden ist, kann nach jeweiliger individueller Erklärung, wofür dieses Konzept steht und was dafür benötigt wird, eine ganz klare Rückmeldung gegeben werden. Alle fünf Befragten sehen einen großen Bedarf für SP in der Gemeinde Gröbming, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Meiner Meinung nach gibt es dringenden Bedarf dafür. Also wirklich dringend! [...] Es gibt viele, die einsam sind und herausgelockt werden müssen.“ (P3)

Quer durch alle Bereiche werden Beispiele genannt, bei denen SP einen positiven Effekt erzielen könnte. Ob beispielsweise in der Schule bei Kindern und Eltern oder in den Ordinationen der Allgemeinmedizinerinnen als auch in den Freiwilligensektoren konnte das Konzept für diverse Ideen begeistern.

Isolation und soziale Einsamkeit als Belastung

Aus allen fünf Leitfadengesprächen wird deutlich, dass Isolation und soziale Einsamkeit in der Bevölkerung als große Herausforderungen angesehen werden.

Als mögliche Ursachen werden die Corona-Pandemie, Schicksalsschläge in der Familie oder die Tatsache, dass es heutzutage praktisch keine Generationenhaushalte mehr gibt, als Gründe genannt, warum Menschen zuhause isoliert leben und teilweise vereinsamen.

Die Befragten verdeutlichen auch, dass es vor allem ältere Personengruppen, aber auch alleinstehende Menschen oder Suchtkranke betrifft, welche von der Isolation betroffen sind. Wenn Partner*innen versterben, bleiben oft nicht viele andere soziale Kontakte übrig. Das Fachpersonal bzw. Ärzt*innen, aber auch Privatpersonen hätten dann nicht immer die nötige Zeit, um mit den betroffenen Personen ausführlich zu sprechen, das diesen aber sicherlich helfen würde, meint eine interviewte Person. Diese Interviewte erzählt aus einer Alltagssituation:

„Ein Mann begegnet mir mit einem Sackerl Medikamente, wir kennen uns gut, und ich hatte an diesem Tag so wenig Zeit. Ich habe aber gespürt, der Mann will reden mit mir, vielleicht sogar in mein Haus mitkommen, aber ich habe nicht die Zeit gehabt.“ (P3)

Auch Menschen, welche bei Pensionsantritt aus ihrem üblichen Umfeld herausfallen, sind oft gefährdet in eine Einsamkeit zu geraten, bekommt man zu hören. So äußert sich eine Befragte dazu:

„Oder dann auch in die Pension hineingehend, wo man aus dieser klassischen Erwerbswelt herausfällt, da ist man dann eigentlich nicht mehr sichtbar, weil es ja nicht mehr notwendig ist, dass man zur Arbeit gehen muss. Und da ist es irrsinnig schwierig, denn diejenigen verschwinden wirklich und haben auf einmal Sachen, sie werden krank, sind einsam oder fallen aus einer Gruppierung heraus und für diejenigen gibt es gar nichts.“ (P4)

Angebote, einer solchen Isolation in der Marktgemeinde Gröbming entgegenzusteuern, gibt es dennoch einige, wird von den Befragten immer wieder verdeutlicht. Dies soll im folgenden Kapitel beleuchtet werden.

3.2.2 Strukturen für Social Prescribing

Vorhandene Strukturen

Die Vereinsstruktur wird beispielsweise in der Gemeinde von vielen Befragten als sehr gut und umfassend beschrieben. Erwähnt werden z.B. Feuerwehr, Rettung, Fußballverein,

Hospizverein oder eine Seniorenpartie. Doch das Problem ist, dass nicht immer jeder Mensch Vereinen zugehörig ist bzw. sich in solchen Gemeinschaften wohlfühlt, wie eine Person meint:

„Wir haben viele Vereine, aber nicht alle finden Anschluss in den Vereinen. [...] Ich glaube, viele denken, dass sie es alleine nicht schaffen. Die bräuchten jemanden, der sie bei der Hand nimmt und den ersten Weg mit ihnen geht.“ (P1)

Doch es wird auch erwähnt, dass selbst Menschen, die in einem Verein aktiv tätig waren und natürlich im höheren Alter nicht mehr aktiv an Einsätzen und Übungen teilnehmen können, teilweise auch dann aus diesen Gemeinschaften herausgerissen werden:

„Also wenn Leute sich in einem Verein wohlfühlt haben eine gewisse Zeit, kann es trotzdem sein, dass sie sich zurückziehen, weil sie auf einmal das Gefühl haben, sie passen nicht mehr dazu.“ (P4)

Eine Befragte schlägt hier vor, dass sich die Vereine selbst überlegen könnten, was man mit den ausgeschiedenen Mitgliedern macht bzw. wohin man sie weitervermitteln könnte.

Benötigte Strukturen

Bei der Befragung nach den benötigten Strukturen für soziale Aktivitäten wurden von den einzelnen Befragten viele unterschiedliche Ideen vorgeschlagen. Ein auffällig oft erwähnter Wunsch ist der, einer Räumlichkeit im Ort, welche niederschwellig von der Alltagsgesellschaft aufzufinden sein sollte.

Gut begründet wurde diese Aussage von einer Person mit folgendem Vorschlag:

„Ich finde, dass z.B. Sozialräume, wo mehrere Leute zusammenkommen und diese auch beschäftigt werden, eine gute Idee wären. Anders gesagt eine Beschäftigungstherapie in Sozialräumen, ohne dass sich die Leute schämen müssen, wenn sie dorthin gehen.“ (P2)

Jeweils einzelne Personen hatten auch Ideen für ein Generationencafé, einen Kindergemeinderat oder Ärztegemeinschaftsräume. Von zwei Befragten wurde der alte Kindergar-

ten als potenzielle Räumlichkeit für mögliche Projekte genannt, da dieser eine zentrale und geeignete Anlaufstelle wäre.

3.2.3 Link Working-Funktion

Keiner der Befragten war vertraut mit dem Begriff Link Working. Nach einer kurzen Erklärung, welche Aufgaben eine Fachkraft mit LW-Funktion wahrnimmt, hatten alle fünf Interviewteilnehmerinnen eine sehr positive Einstellung zu dieser Idee. Es hat sich jeder dafür ausgesprochen, dass so eine Person eine Erleichterung für die Menschen in der Gemeinde und ebenfalls für die Hausarztpraxen sein könnte.

Geteilte Meinungen gibt es bei der Frage, welchen fachlichen Hintergrund und welche Qualifikationen eine Fachkraft mit LW-Funktion haben sollte. Drei der fünf interviewten Personen (u.a. die zwei Hausärztinnen) meinen, dass die Fachkraft mit LW-Funktion ein*e Sozialarbeiter*in sein könnte, die oder der für einige Stunden in die Praxis kommt. Auf diese Weise könnten sie Menschen mit nicht medizinischen Herausforderungen direkt weiterverweisen. Aber auch der Aspekt, dass die Fachkraft mit LW-Funktion den Ablauf in der jeweiligen Praxis kennt bzw. selbst ein Mitarbeiter ist, kommt zur Sprache und wird von einer Befragten begrüßt:

„Was ich mir vorstellen kann, dass ein/e Mitarbeiter*in aus der Ordination sagt, das würde mich interessieren und ich entwickle mich dorthin. Das ist sicher etwas, was ich unterstützen würde.“ (P4)

Zwei der Befragten vertreten die Ansicht, dass eine Fachkraft mit LW-Funktion nicht zwingend über eine fachliche Ausbildung verfügen muss. Viel entscheidender sei es, dass diese Person im Ort bekannt ist und ein tiefes Verständnis für die Abläufe und Strukturen der Gemeinde hat, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Für mich bräuchte diese Person nicht zwingend eine hohe Ausbildung, sondern einen Hausverstand und ein Gefühl dafür. Einer, der vielleicht einen Verein schon geführt hat, keine politische Einstellung, also neutral ist.“ (P3)

Weitere Reflektionen handeln von der Platzierung der Fachkraft mit LW-Funktion. Einige sprechen sich für die Platzierung in der Hausarztpraxis aus, da sonst das Risiko bestehe, dass die Patient*innen nach der Überweisung verloren gehen und nicht mehr bei der Fachkraft mit LW-Funktion erscheinen. Erwähnt wird hier u.a. auch, dass das Modell mit „Sozialarbeiter*in vor Ort“ in Schulen ja auch bereits gut funktioniert. Andere meinen, dass die Fachkraft mit LW-Funktion eventuell auch in einem Generationencafé angesiedelt sein oder sogar Hausbesuche durchführen könnte.

In Bezug auf eine mögliche Finanzierung einer Fachkraft mit LW-Funktion herrscht jedoch große Ungewissheit, wie folgendes Zitat zeigt:

„Ich glaube schon, dass der Link Worker eine Erleichterung für mich in der Ordination wäre. Das ist eine Art Zukunftsmusik, das kann ich mir schon irgendwie vorstellen. Nur die Bezahlung und wie das ablaufen soll, stelle ich mir schwierig vor.“ (P5)

Die Befragten sind sich jedoch relativ einig, dass es zumindest eine Anschubfinanzierung geben sollte. Während eine Person fest davon überzeugt ist, dass die Fachkraft mit LW-Funktion über ein Ehrenamt organisiert werden könnte, meinen andere, dass sie sich nicht vorstellen können, dass diese Funktion über Freiwilligkeit funktioniert.

4. Diskussion

Die quantitative und qualitative Datenerhebung in der Marktgemeinde Gröbming ergibt einen deutlichen Bedarf für SP, besonders im Bereich Isolation und soziale Einsamkeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen. Die Teilnehmenden tragen mit vielversprechenden Ansätzen zur möglichen Umsetzung bei, sind sich aber auch den diversen Umsetzungsbarrieren bewusst. Der LW-Funktion stehen die Teilnehmenden positiv gegenüber, obwohl es unterschiedliche Haltungen dazu gibt, wer diese Funktion übernehmen sollte und wo eine Fachkraft mit LW-Funktion platziert sein könnte.

4.1 Bedarf für Maßnahmen zu Isolation und soziale Einsamkeit

Die Fragebogenerhebung unter den niedergelassenen Ärzt*innen zeigt, dass es viele verschiedene Belastungen bzw. Bedürfnisse gibt, bei denen SP unterstützen kann. Allem voran Überforderungen und psychische Belastungen, gefolgt von Gesundheitsförderung und sozialen bzw. emotionalen Bedürfnissen und schließlich soziale Isolation und finanzielle Notlagen. In den qualitativen Leitfadengesprächen wird vor allem das Thema Isolation und soziale Einsamkeit in der Zielgruppe der älteren Menschen als Bedürfnis hervorgehoben. Das lässt sich vermutlich auch auf die Tatsache zurückführen, dass diese Bedarfserhebung im ländlichen Raum durchgeführt wurde, in dem diese Altersgruppe stark vertreten ist. Da Gröbming in einem ländlichen Gebiet liegt, wird Isolation und sozialer Einsamkeit eine noch größere Bedeutung zugeschrieben, weil das Leben in abgelegenen oder ländlichen Gebieten als ein wesentlicher Risikofaktor für soziale Isolation und Einsamkeit gilt, was wiederum als bedeutendes öffentliches Gesundheitsproblem eingestuft wird (35).

Die erhobenen Unterstützungsbedarfe decken sich größtenteils mit den Ergebnissen der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation der ersten beiden Fördercalls zu SP der GÖG (36, 37). Die Vermittlungsgründe im ersten Fördercall handeln vor allem von sozialen und emotionalen Belastungen, Bedarf für Gesundheitsförderung, ein nicht vorhandenes soziales Netzwerk (u.a. aufgrund von Einsamkeit und Isolation) sowie allgemeine Überforderung. Des Weiteren zeigt dieser Bericht auch, dass vor allem alleinstehende Personen (18,3%) und ältere Personen (17,1%) LW in Anspruch genommen haben (36). In dieser Dokumentation wird auch deutlich, dass das eigene soziale Netzwerk mit 44% am häufigsten als vorhandene Ressource angegeben wurde (36). Zu den Unterstützungsbedürfnissen im

zweiten Fördercall zählen vor allem der Bedarf zur eigenen körperlichen Gesundheit, zur finanziellen Situation, zur eigenen psychischen Gesundheit (u.a. Überforderung), zur beruflichen/schulischen Situation und das Fehlen eines sozialen Netzwerkes (37). Mit 53% sind auch „alleinstehende Personen“ die mit Abstand häufigste Gruppe, welche LW in Anspruch nehmen (37).

Psychische und soziale Faktoren wie Einsamkeit und soziale Isolation beeinflussen die körperliche Gesundheit erheblich (38, 39, 40, 41, 42, 43), was zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (44) führt, da die zugrundeliegenden psychosozialen Bedürfnisse der Patient*innen oft nicht richtig erkannt und sie dadurch falsch behandelt werden. Diese Ergebnisse betonen die schützende Wirkung sozialer Integration und unterstreichen die Bedeutung von Community-basierten Interventionen – wie u.a. SP - zur Förderung sozialer Beziehungen und zur Verbesserung der Lebensqualität und Überlebenschancen (42). Gerade hier kann SP als Lösungsansatz dienen, um die Nachfrage nach klinischen Leistungen zu senken und Gesundheitsberufe zu entlasten (38).

4.2 Die Link Working-Funktion

Die quantitative und qualitative Datenerhebung zeigt, dass die Teilnehmenden einen Bedarf für SP sehen. Für die Umsetzung gilt jedoch, verschiedene Aspekte zu beachten.

Die Teilnehmenden geben an, dass es in Gröbming Vereinsstrukturen gibt, sie selbst aber keinen Überblick über alle gesundheitsfördernden Aktivitäten haben. Der hausärztliche Bereich hat grundsätzlich diese Lotsenfunktion inne, die er aber nicht zur Gänze abdecken kann, weil niederschwellige und gesundheitsfördernde Angebote fehlen oder nicht aufgefunden werden. Oft fehlt die klare Zuständigkeit für eine sektorenübergreifende Koordination von Angeboten und Navigationshilfen für die Bevölkerung, was die Vermittlung von Patient*innen erschwert (45). Laut den Teilnehmenden scheint des Weiteren auch die Bevölkerung Schwierigkeiten damit zu haben, passenden Angebote für ihre gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Anliegen zu finden. Oft sind vorhandene Angebote nicht bekannt oder es ist nicht klar, welches Angebot für welches Anliegen in Anspruch genommen werden kann (46).

Eine der größten Herausforderungen für SP ist somit die Vielfalt der Möglichkeiten. Obwohl die Idee einfach erscheint, gestaltet sich die Umsetzung in der Realität als komplex

(47). Hausärzt*innen und andere in der Primärversorgung tätige Personen stehen vor der Frage, wie sie über die verfügbaren Angebote Bescheid wissen können, wie diese umgesetzt werden, welcher Nachweis ihrer Wirksamkeit existiert und welche Patient*innen davon profitieren können.

Fachkraft mit Link Working-Funktion

Die Teilnehmenden sind sich einig, dass es eine Anlaufstelle benötigt, die diese Lotsenfunktion übernimmt. Damit ist eine Fachkraft mit LW-Funktion gemeint, welche die Koordination und Vermittlung von Rat suchenden Personen tätigt (45). Im Rahmen der ersten beiden Projektcalls von der GÖG wurde von den Gesundheits- und Sozialberufen in den Praxen die LW-Funktion zusätzlich zu ihrer bisherigen Tätigkeit übernommen. Dazu zählen unter anderem Sozialarbeiter*innen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Ergotherapeut*innen, Diätolog*innen und Sozialpädagog*innen (14, 36, 37).

Einige interviewte Teilnehmenden erwähnen ebenfalls, dass eine freiwillige Person die Fachkraft für die LW-Funktion sein könnte, da sie viel Wissen über die vorhandenen Angebote habe. Der Betrieb von SP mit Freiwilligen kann jedoch die Implementierung verzögern, da dies ein höheres Maß an Flexibilität erfordert als bei bezahlten Mitarbeiter*innen. Des Weiteren wäre es riskant für eine kontinuierliche und nachhaltige Fortführung von SP, wenn die LW-Funktion ausschließlich auf die Verfügbarkeit von Freiwilligen beruht (48).

Platzierung in der Praxis / Primärversorgung

In der Datenerhebung wird ersichtlich, dass sich die Hausärztinnen in Gröbming die Fachkraft für LW-Funktion in ihrer eigenen Praxis wünschen würden. So wurde dies auch in den Praxen der SP-Initiative der GÖG-Calls umgesetzt, um keine neuen Strukturen aufbauen zu müssen. In der Evaluierung vom Fördercall wird ebenfalls beschrieben, wie wichtig ein niederschwelliger Zugang zu SP insbesondere zur LW-Funktion ist. Damit wird deutlich, wie essenziell es ist, dass diese zeitlich und räumlich nah an den Kontakt mit beispielsweise der Primärversorgung anschließt. Aus den Evaluationsergebnissen ergibt sich hier, dass bereits der Sitzplatz der Person mit LW-Funktion in einem unterschiedlichen Stockwerk zu einer Hürde werden kann (14).

Die Vorteile bei einer Fachkraft mit LW-Funktion direkt in der Praxis beinhalten die direkte Nähe zur medizinischen Versorgung und die enge Zusammenarbeit zwischen Haus-

ärzt*innen und der Fachkraft mit LW-Funktion. Leichter umsetzbar erscheint dies bei einer PVE, da diese ein multiprofessionelles Team und ausreichend Platz zur Verfügung hat. In Gröbming, wo es nur Einzelpraxen gibt, erscheint diese Umsetzung schwieriger. Denn eine Fachkraft mit LW-Funktion pro Hausarzt/-ärztin anzustellen und für SP einzuarbeiten, erscheint ressourcenmäßig kaum sinnvoll. Des Weiteren zeigt die Datenerhebung, dass ebenfalls nicht genug Platz in den einzelnen Praxen dafür zur Verfügung steht.

Platzierung außerhalb der Praxis

Eine Alternative wäre eine Platzierung der Fachkraft mit LW-Funktion außerhalb der Praxis. Gründe dafür könnten sein, dass Hausarztpraxen nicht genug Platz haben bzw. sich mehrere Praxen eine Fachkraft mit LW-Funktion teilen. Im Folgenden werden vier mögliche Platzierungen der Fachkraft mit LW-Funktion außerhalb der Praxen diskutiert: in Räumlichkeiten in Gröbming, über die Pflegedrehscheibe in Liezen und als Teil von kommunalen Initiativen wie „Gesunde Gemeinden“ oder „Community Nursing.“

Von den Teilnehmenden wurde genannt, dass die Fachkraft mit LW-Funktion am besten in einer zentralen örtlichen Räumlichkeit angesiedelt werden sollte, wie z.B. im alten Kindergarten der Gemeinde, in dem ein Generationencafé etabliert werden könnte. Der Vorteil an einer solchen Platzierung wäre die Nähe zum Ort und die Zuständigkeit für mehrere Praxen gleichzeitig. Ein Nachteil ist aber die Tatsache, dass diese Räumlichkeit erst gefunden, für alle Mitwirkenden als passend empfunden und danach etabliert bzw. eingerichtet werden muss. Die Bedeutung einer gut zugänglichen Infrastruktur sowie zentral gelegener Räumlichkeiten für SP wird auch durch Erfahrungen aus anderen Ländern hervorgehoben (9). Hierbei ist zu erwähnen, dass es eine mehrjährige finanzielle Grundausstattung benötige, eventuell eine geteilte Finanzierung und einiges an Zeit für die erforderliche Netzwerkarbeit (45).

Eine weitere Möglichkeit bietet sich dadurch, dass die Fachkraft mit LW-Funktion in einem anderen niederschweligen Beratungsangebot integriert wird. In Deutschland gibt es z.B. Gesundheitskioske als eine relativ neue Form der Gesundheitsversorgung. Diese zielen darauf ab, niedrighschwellige Angebote vor allem für sozial benachteiligte Menschen in Gebieten mit hohem Versorgungsbedarf bereitzustellen (45, 49). Die Krankenkassen fördern dort gemeinsam mit den Kommunen die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Unterstützungsbedarf und bieten individuelle Beratung zur Gesundheitsförderung. Zu den

Aufgaben der Kioske gehören die Vermittlung medizinischer Leistungen, allgemeine Beratung, Koordination von Gesundheitsleistungen und einfache medizinische Routineaufgaben. Das Personal eines Gesundheitskiosks besteht aus Pflegefachkräften. Die Finanzierung wird von den Kommunen sowie gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen geteilt, wobei die gesetzliche Versicherung den Großteil übernimmt (49).

Angelehnt an das Konzept der Gesundheitskioske wäre es für Gröbming eine Möglichkeit, die LW-Funktion in die Gesundheitsdrehscheibe Liezen zu integrieren. Der Vorteil wäre hier klar ersichtlich: eine zentral etablierte Struktur, bei der die Fachkraft mit LW-Funktion platziert ist oder von wo aus diese agiert. Des Weiteren würde die Drehscheibe eine gute Übersicht über sämtliche Angebote in der Region liefern und somit das Netzwerkmanagement fördern. Sollte die Fachkraft für LW-Funktion in der Drehscheibe platziert werden, könnte diese auch für mehrere Praxen angestellt werden, was als optimal erachtet werden kann. Ein Nachteil ist jedoch die räumliche Distanz, da sich die Pflegedrehscheibe in Liezen befindet und somit nicht ortsnah ist. Dies könnte dazu führen, dass insbesondere Patient*innen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, verloren gehen. Eine Möglichkeit wäre jedoch, die Fachkraft mit der LW-Funktion über die Pflegedrehscheibe anzustellen und mobil einzusetzen. Dadurch könnte sie regelmäßig nach Gröbming fahren, in den Praxen präsent sein und einen engen Kontakt zu den Ärzt*innen aufrechterhalten.

Eine dritte Möglichkeit wäre die Anbindung an andere kommunale Partner wie z.B. „Gesunde Gemeinden“ (50). „Gesunde Gemeinden“ fördern aktiv die Gesundheit ihrer Bürger*innen durch Informationen, gesunde Lebensbedingungen und soziale Vernetzungen. Sie stärken den Zusammenhalt, berücksichtigen die Lebensqualität bei neuen Vorhaben und binden die Bevölkerung durch Beteiligungsformate in Entscheidungsprozessen ein (50). In Bezug auf SP wäre dies eine gute Übersicht von Aktivitäten und dadurch könnten neue Aktivitäten initiiert und gestartet werden.

Aber auch „Community Nursing“, welches kommunal angebunden und wohnortnah ist, könnte durch eine Erweiterung seines Leistungsspektrums als Fachkraft mit LW-Funktion dafür eingesetzt werden. Die Vision von „Community Nursing“ ist es, die Gesundheit und Lebensqualität aller Bevölkerungsgruppen zu fördern, insbesondere älterer und pflegebedürftiger Menschen, indem ihre Selbstständigkeit und Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Durch bedarfsorientierte Maßnahmen und die Vernetzung regionaler Ak-

teur*innen soll der Verbleib im eigenen Zuhause ermöglicht, soziale Isolation reduziert und eine umfassende Gesundheits- und Pflegeversorgung sichergestellt werden (51). Die Pilotprojekte bis 2024 setzen mindestens 150 „Community Nurses“ ein, jedoch noch nicht in der Nähe von Gröbming (52).

4.3 Antworten auf die Forschungsfragen/Schlussfolgerungen

Welchen Bedarf und welche Umsetzungsmöglichkeiten für Social Prescribing gibt es in der steirischen Gemeinde Gröbming?

Der Bedarf für SP ist in der Marktgemeinde Gröbming klar erkennbar, wie sowohl die Fragebogenauswertung als auch die Leitfadengespräche gezeigt haben. Insbesondere wird der Bedarf für Menschen, die unter Isolation und Einsamkeit leiden, von den Teilnehmenden hervorgehoben. SP bietet das Potenzial, nicht nur Ärzt*innen und das Gesundheitssystem zu entlasten, sondern auch positive Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen zu erzielen.

Die Umsetzung des Konzepts hängt maßgeblich von der Etablierung einer Fachkraft mit einer LW-Funktion ab. Dabei gibt es unterschiedliche Ansätze, wo diese Fachkraft angesiedelt werden könnte. Die Integration in eine Einzelpraxis könnte aufgrund wirtschaftlicher Aspekte und Platzmangels eine Herausforderung darstellen. Eine zentral gelegene, niederschwellige Räumlichkeit in der Gemeinde erscheint hingegen realistischer, da diese Lösung allen Allgemeinmediziner*innen zu Gute käme, weil die Fachkraft für alle Praxen zuständig wäre.

Weitere Optionen, wie die Anstellung der Fachkraft über die Pflegedrehscheibe Liezen oder die Einrichtung eines Gesundheitskiosks, wurden ebenfalls diskutiert. Auch die Zusammenarbeit mit kommunalen Projekten wie „Gesunde Gemeinden“ oder „Community Nursing“ bietet Ansätze zur Implementierung von SP in Gröbming.

Obwohl vielfach der Wunsch geäußert wurde, die LW-Funktion durch eine freiwillige Person zu besetzen, ist dies realistisch betrachtet nicht praktikabel. Es bedarf finanzieller Mittel, um sowohl geeignete Räumlichkeiten als auch eine qualifizierte Fachkraft bereitzustellen. Diese Fachkraft sollte das lokale Angebot und die Netzwerkmöglichkeiten in und um Gröbming gut kennen, um ein effektives Netzwerkmanagement zu gewährleisten. Das

vielseitige Angebotsspektrum in Gröbming bietet bei richtiger Vermittlung passende Lösungen für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerung.

4.4 Kritische Reflexion / Einschränkungen zu Inhalt und Methode

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit ist eine kritische Reflexion der Datenerhebung und Ergebnisse unerlässlich. Bei der Datenerhebung ist hervorzuheben, dass sowohl die quantitative als auch die qualitative Erhebung nur eine geringe Anzahl an Teilnehmer*innen umfasst. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Untersuchung speziell auf die Marktgemeinde Gröbming ausgerichtet ist. Eine Einbeziehung von Personen, die nicht in der Gemeinde tätig oder nicht als relevante Multiplikator*innen anzusehen sind, hätte das Ergebnis verfälscht und den Bezug zur spezifischen Situation in Gröbming eingeschränkt. Für die qualitative Datenerhebung ist zusätzlich zu reflektieren, dass die befragten Ärztinnen teils Kassen- und teils Wahlärztinnen waren. Da Wahlärztinnen erfahrungsgemäß seltener mit Patient*innen aus dem Bereich SP in Kontakt kommen, könnten ihre Perspektiven im Vergleich zu Kassenärztinnen variieren. Aufgrund der Anonymität der Befragten ist es jedoch nicht möglich, zwischen den beiden Gruppen zu differenzieren, was die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst haben könnte.

Darüber hinaus lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse, die speziell auf die ländliche Gemeinde Gröbming zugeschnitten sind, nicht uneingeschränkt auf andere ländliche Gemeinden übertragen. Jede Gemeinde weist spezifische infrastrukturelle und soziale Besonderheiten auf, weshalb ein Konzept wie SP individuell und an die jeweilige Gemeindestruktur angepasst werden muss. Gleichzeitig unterstreichen die Ergebnisse jedoch deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen.

Ein weiterer Aspekt, der kritisch zu betrachten ist, betrifft die geschlechtliche Zusammensetzung der Teilnehmenden. Von insgesamt zehn Personen waren neun weiblich und lediglich eine männlich, was zufällig zustande kam, jedoch eine ausgewogene Repräsentation der Geschlechter einschränkt.

4.5 Implikationen für Theorie und Praxis

Etablierung von SP in Gröbming

In zukünftigen Fördercalls von SP könnte durch eine Gruppe von relevanten, regionalen Multiplikator*innen ein Antrag zur Etablierung von SP in Gröbming erarbeitet werden. Die GÖG hat dazu ein unterstützendes Prozesskonzept zur Etablierung von SP erstellt (14). Das Prozesskonzept umfasst, wie in Abbildung 8 dargestellt, vier Schritte: die Planungsphase, die Vorbereitung der Umsetzung, den Aufbau und die schrittweise Umsetzung sowie die nachhaltige Umsetzung (14).



Abbildung 8: Prozesskonzept von Social Prescribing in Österreich (14)

Planung: In der Planungsphase werden eine verantwortliche Person und eine Fachkraft mit LW-Funktion sowie die Rahmenbedingungen für SP festgelegt. Falls dies noch nicht vorhanden ist, sollte auch ein klares Bild über den Einzugsbereich erstellt werden.

In Gröbming gilt es in dieser ersten Phase zu klären in welcher Räumlichkeit SP ausgeübt wird (Sozialraum, Pflegedrehscheibe etc.). Danach sollte eine potenzielle Fachkraft mit LW-Funktion gesucht und gefunden werden (z.B. Sozialarbeiter*in, Mitarbeiter*in Pflege-

drehscheibe). Des Weiteren sollte mit den Kooperationspartnern (Vereinen, Pflegedrehscheibe, Gemeinde, Ärzt*innen) Kontakt aufgenommen werden.

Vorbereitungsphase: Nach Klärung der Eckpunkte des SP-Angebots beginnt die Vorbereitungsphase. Diese umfasst die Definition des Ablaufkonzepts, Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, regionale Analysen, Erstellung eines Kommunikationskonzepts, Vorbereitung der Dokumentation und Schulung der Fachkraft mit LW-Funktion.

In Gröbming sollte die Einschulung der Fachkraft mit LW-Funktion in dieser Phase unternommen werden. Danach sollte das Ablaufkonzept, wie jede Allgemeinmedizinerin überweisen kann, definiert werden.

Aufbau und schrittweise Umsetzung: In der Aufbauphase werden die geplanten Aktivitäten umgesetzt, wobei der Schwerpunkt auf dem Aufbau des Kooperationsnetzwerks, der Etablierung des Netzwerkmanagements, der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Dokumentation der LW-Beratungen liegt.

Nachhaltige Umsetzung: Auch nach der Etablierung des SP-Angebots sind weiterhin Sensibilisierung des Teams und der Partner*innen, Pflege des Kooperationsnetzwerks, Qualitätssicherung, überregionale Vernetzung, Information und Anpassung des regionalen Angebots notwendig (14).

4.6 Ausblick und Anregungen für weiterführende Arbeiten

Für eine weiterführende Arbeit in Bezug auf SP in der Gemeinde Gröbming könnte man die Bevölkerung mehr einbeziehen. In einem weiteren Schritt wäre es interessant, die Bevölkerung zu fragen, ob sie einen Bedarf für SP sieht und für welche Zielgruppen dies ihrer Meinung nach geeignet wäre. Ebenso wäre spannend, was sich potenzielle SP-Patient*innen selbst in Bezug auf Angebot und Beratung wünschen würden.

Zudem wäre es sinnvoll, eine neu startende SP-Initiative durch eine begleitende Evaluation zu unterstützen. Diese Evaluation könnte sich sowohl auf die Prozesse als auch auf die Wirkungen von SP konzentrieren.

5. Literaturverzeichnis

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, et al. Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
2. ÖSG 2017 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30.Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK); 2019.
3. Polley M, Fleming J, Anfilogoff T, Carpenter A, Kimberlee R, Bertotti M, et al. Making sense of social prescribing. . London: Social Prescribing Network; 2017.
4. Haas S, Bobek J, Braunegger-Kallinger G, Ladurner J, Winkler P. Factsheet Social Prescribing. Gesundheit Österreich GmbH. 2019.
5. Wolf S. “Social Prescribing”: eine Möglichkeit medizinische und soziale Leistungen zu integrieren: Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH; 2017 [Available from: <https://aihta.at/page/social-prescribing-eine-moeglichkeit-medizinische-und-soziale-leistungen-zu-integrieren/de>].
6. Bradley G, Scott J. Social Prescribing Nomenclature, Occupational Therapy and the Theory of Institutional Work: Creating, Maintaining and Disrupting Medical Dominance. *Occup Ther Health Care*. 2023;37(1):40-53.
7. Social Prescribing - What is Social Prescribing? England: National Health Service; 2024 [Available from: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>].
8. Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, Tierney S, Polley M, Chiva Giurca B, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5).
9. Scarpetti G, Shadowen H, Williams GA, Winkelmann J, Kroneman M, Groenewegen PP, et al. A comparison of social prescribing approaches across twelve high-income countries. *Health Policy*. 2024;142:104992.
10. Sonke J, Manhas N, Belden C, Morgan-Daniel J, Akram S, Marjani S, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1266429.
11. Khan, Giurca, al. e. Social Prescribing - Around the World. National Academy for Social Prescribing; 2023.
12. Davis-Hall M. The Bromley by Bow Centre: harnessing the power of community. *Br J Gen Pract*. 2018;68(672):333.
13. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013384.
14. Rojatz D, Antosik J, Weitzer J, Ecker S, Haas S. „Social Prescribing in der Primärversorgung“ Schritt für Schritt zur Umsetzung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2021.

15. Rojatz D, Haas S, Sackl A. Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2023.
16. Fördercalls zu „Social Prescribing“: Gesundheit Österreich GmbH; [Available from: https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing.
17. Rojatz D, Antosik J, Weitzer J, Ecker S, Haas S. Social Prescribing in Österreich. Empfehlungen für nächste Schritte zur nachhaltigen Implementierung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2021.
18. Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L, Asthana S. Social prescribing: where is the evidence? Br J Gen Pract. 2019;69(678):6-7.
19. Fitzmaurice C. Social prescribing: A new paradigm with additional benefits in rural Australia. Aust J Rural Health. 2022;30(2):298-9.
20. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. Kolner Z Soz Sozpsychol. 2017;69(Suppl 2):107-31.
21. Acad-Write. Mixed Methods 2022 [Available from: <https://www.acad-write.com/ratgeber/tipps/mixed-methods/>.
22. Gröbming. Marktgemeinde Gröbming 2024 [Available from: <https://www.groebming.at/>.
23. Wikipedia. Gröbming 2024 [Available from: <https://de.wikipedia.org/wiki/Gr%C3%B6bming>.
24. Gesund im Bezirk Liezen: Gesundheitsfonds Steiermark; 2024 [Available from: <https://gesund-in-liezen.at/>.
25. Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025) Version 1.2. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark; 2019.
26. Gesundheitsversorgung Region Liezen: Gesundheitsfonds Steiermark; 2024 [Available from: <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/steirischer-gesundheitsplan-2035/leitspital-liezen/>.
27. Regionalmanagement: RML Regionalmanagement Bezirk Liezen GmbH; 2024 [Available from: <https://www.rml.at>.
28. Winkler P, Haas S, Rojatz D, Braunegger-Kallinger G, Jennifer Antosik JL. Checkliste: Voraussetzungen für Umsetzung von Social Prescribing klären. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2021.
29. Flick U. Qualitative Sozialforschung: Rowohlt; 2021.
30. Baur N, Blasius J. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung: Springer; 2014.
31. Stamer M, Güthlin C, Holmberg C, Karbach U, Patzelt C, Meyer T. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. Georg Thieme Verlag. 2015.
32. Meyer T, Karbach U, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Stamer M. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. Georg Thieme Verlag. 2012.

33. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Community Health*. 2019;7(2):e000057.
34. Kuckartz U, Rädiker S. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 5. Auflage ed: Beltz Juventa; 2022.
35. Kelly D, Steiner A, Mazzei M, Baker R. Filling a void? The role of social enterprise in addressing social isolation and loneliness in rural communities. *J Rural Stud*. 2019;70:225-36.
36. Antosik J, Rojatz D, Ecker S, Weitzer J. *Social Prescribing. Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku*. Wien: Gesundheit Österreich; 2021.
37. Ecker S, Fenz L, Rojatz D. *Social Prescribing. Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich; 2023.
38. Fenz L, Rojatz D, Ecker S, Weitzer J, Haas S. Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten. *Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis*. Wien: Gesundheit Österreich; 2023.
39. Hämming O. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Züricher Bevölkerung*. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich; 2020.
40. Spreng RN, Dimas E, Mwilambwe-Tshilobo L, Dagher A, Koellinger P, Nave G, et al. The default network of the human brain is associated with perceived social isolation. *Nat Commun* [Internet]. 2020 2020/12//; 11(1):[6393 p.]. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/33319780>
<https://www.nature.com/articles/s41467-020-20039-w.pdf>
<https://doi.org/10.1038/s41467-020-20039-w>
<https://europepmc.org/articles/PMC7738683>
<https://europepmc.org/articles/PMC7738683?pdf=render>.
41. Drinkwater E, Davies C, Spire-Jones TL. Potential neurobiological links between social isolation and Alzheimer's disease risk. *Eur J Neurosci*. 2022;56(9):5397-412.
42. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*. 2010;7(7):e1000316.
43. Eisenberger NI, Taylor SE, Gable SL, Hilmert CJ, Lieberman MD. Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. *Neuroimage*. 2007;35(4):1601-12.
44. Sirois FM, Owens J. A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. *Health Psychol Rev*. 2023;17(2):193-210.
45. Antosik J, Eberle L, Nowak P, Burgmann S, Plunger P, Rappold E, et al. *Gesundheitskiosk, Gesundheitsdreh Scheibe und ähnliche Modellprojekte. Fachliche Grundlagen für eine Umsetzung in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich; 2023.
46. Griebler R, Straßmayr C, Nowak P, ÖPGK AG-Md. *Navigationskompetenz im Gesundheitswesen. Factsheet zu den HLS19-AT Ergebnissen*. . Wien: Gesundheit Österreich; 2022.

47. Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract.* 2009;59(563):454-6.
48. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):86.
49. Gesundheitskiosk: Bundesministerium für Gesundheit; 2024 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk>].
50. Wie man eine Gesunde Gemeinde wird: Styria Vitalis; 2024 [Available from: <https://styriavitalis.at/beratung-begleitung/gemeinde/gesunde-gemeinde-werden/>].
51. Community Nursing; 2024 [Available from: <https://cn-oesterreich.at>].
52. Koordination Community Nursing: Hintergrundinformationen zu den Community Nursing Projekten im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans (ARP) Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich; 2024.

6. Anhang

Anhang 1

Checkliste: Social Prescribing in der PVE/Praxis – Voraussetzungen für die Umsetzung klären

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

ich bin Medizinstudent an der Medizinischen Universität Graz und befasse mich in meiner Diplomarbeit mit dem Thema **Social Prescribing**.

Das Ziel meiner Diplomarbeit ist es den Bedarf für eine mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming herauszufinden. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollen praxisrelevante Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming abgeleitet werden.

Hiermit lade ich Sie ein, an einem kurzen Fragebogen teilzunehmen. Der Fragebogen (Checkliste) wurde von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelt.

Bitte retournieren sie den ausgefüllten Fragebogen an diese Email Adresse:

klaus.siebenbrunner@stud.medunigraz.at

Zum Datenschutz: Es werden keine Daten mit Personenbezug erfasst. Durch das Zurücksenden der ausgefüllten Checkliste sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Daten anonymisiert behandelt werden. Es werden keine Daten an Dritte weitergegeben. Für die teilnehmenden Personen kann durch ihre Teilnahme an der Studie keinerlei Schaden entstehen. Alle teilnehmenden Personen können jederzeit ihre Teilnahme zurückziehen.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Klaus Siebenbrunner

Zur Checkliste

Erstellt im Rahmen des Projekt „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten“ (im Auftrag von Dachverband der österreichischen Sozialversicherung und Fonds Gesundes Österreich) in Kooperation mit der Task Force Sozioökonomische Determinanten

Autorinnen: Petra Winkler, Sabine Haas, Daniela Rojatz, Gudrun Braunegger-Kallinger, Joy Ladurner, Jennifer Antosik

Version: Dezember 2020

Das Konzept Social Prescribing kann dabei unterstützen, die nicht-medizinischen, aber gesundheitsrelevanten Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten besser zu berücksichtigen (siehe Factsheet Social Prescribing). Damit leistet es im Bereich Primärversorgung insbesondere auch einen Beitrag zur Umsetzung der im Versorgungsauftrag definierten Aufgaben in Hinblick auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie die Unterstützung vulnerabler Gruppen.

Die folgende Checkliste richtet sich an das PVE/Praxis-Management, die ärztliche Leitung und – sofern vorhanden – die Ansprechperson(en) für Gesundheitsförderung in der PVE/Praxis. Sie soll bei der Entscheidung, ob die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer PVE/Praxis einen Mehrwert für Ihre Patientinnen und Patienten und das PVE/Praxis-Team darstellen könnte, unterstützen.

<p>1. Kommen Patientinnen und Patienten in Ihre Praxis, die zusätzlich zur medizinischen Versorgung weitere Unterstützung/Interventionen brauchen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, viele</p> <p><input type="checkbox"/> ja, wenige</p> <p><input type="checkbox"/> nein → Ende der Checkliste. Bitte beobachten Sie in den nächsten vier Wochen, ob Patientinnen und Patienten mit sozialen Bedürfnissen in Ihrer PVE/Praxis kommen. Wenn dem so ist, ziehen Sie die Checkliste wieder heran.</p>
<p>2. Handelt es sich dabei häufig um folgende Belastungen bzw. Bedürfnisse? (Mehrfachnennung möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> soziale Isolation/Einsamkeit etc.</p> <p><input type="checkbox"/> finanzielle Notlage</p> <p><input type="checkbox"/> Überforderung/psychische Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitsförderung/Prävention</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige soziale oder emotionale Bedürfnisse</p> <p><input type="checkbox"/> weitere: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>
<p>3. Welche Unterstützung bieten Sie diesen Patientinnen und Patienten an?</p> <p><input type="checkbox"/> Information zu und Adressen von alternativen Unterstützungsangeboten (z. B. Beratungseinrichtungen); Patientin/Patient stellt den Kontakt selbst her</p> <p><input type="checkbox"/> Vermittlung an alternative Unterstützungsangebote (PVE/Praxis stellt den Kontakt her)</p> <p><input type="checkbox"/> ein Beratungsgespräch führen</p> <p><input type="checkbox"/> Vermittlung an Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter oder andere Fachkraft innerhalb der PVE/Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p><input type="checkbox"/> derzeit noch keine Unterstützung → Bitte machen Sie weiter bei Frage 4b.</p>
<p>4. Haben Sie eine zentrale Anlaufstelle, an die Sie diese Personen vermitteln können? (z. B. Link Worker, siehe Factsheet Social Prescribing)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, innerhalb der PVE/Praxis kümmert sich eine spezifische Mitarbeiterin / ein spezifischer Mitarbeiter darum. → Bitte machen Sie weiter bei Frage 4a.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, außerhalb der PVE/Praxis (z. B. in der Gemeinde) kümmert sich eine spezifische Anlaufstelle/Person darum. → Bitte machen Sie weiter bei Frage 4b.</p> <p><input type="checkbox"/> nein → Bitte machen Sie weiter bei Frage 4c.</p>

<p>4a. Wenn ja, in der PVE/Praxis:</p> <p>Ist diese Tätigkeit im Aufgabenprofil der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters definiert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>Sind Rolle und Aufgaben dieser Person dem gesamten PVE/Praxis-Team bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>Hat diese Mitarbeiterin/dieser Mitarbeiter für die Tätigkeit einen definierten Ablauf?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>Hat diese Mitarbeiterin/dieser Mitarbeiter Tools zur Verfügung? (z. B. Gesprächsleitfäden, Übersicht über regionale Angebote)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>	<p>4b. Wenn ja, außerhalb der PVE/Praxis:</p> <p>Wo ist diese Anlaufstelle/Person angesiedelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinde (Verwaltung) <input type="checkbox"/> Regionale Gesundheitsförderung/ Gesunde Gemeinde <input type="checkbox"/> Gesundheitsbüro <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>Sind Rolle und Aufgaben dieser Anlaufstelle/Person allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der PVE/Praxis bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>Gibt es einen definierten Prozess (Ablauf) der Zusammenarbeit?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>
<p>4c. Wenn nein:</p> <p>» Wäre es eine Erleichterung für das PVE/Praxis-Team, wenn es eine zentrale Anlaufstelle gäbe?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zeitliche Entlastung <input type="checkbox"/> ja, psychische Entlastung, weil man die Patientinnen und Patienten versorgt weiß <input type="checkbox"/> nein, eher keine Entlastung <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p> <p>» Gibt es in Ihrer PVE/Praxis eine Person, welche die Aufgaben (des Link Workers) abdecken könnte? (Erkennen von Belastungen, Ermitteln der Bedürfnisse, Vermitteln an Unterstützungsleistung)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.</p>	

» Könnten die bisherigen Aufgaben dieser Person in Richtung Social Prescribing weiterentwickelt werden?

- Ja, am besten so bald wie möglich
- Ja, aber das braucht sicher noch einige Zeit.
- Ja, aber dafür braucht es zusätzliche Ausbildung/Weiterbildung.
- Ja, aber dafür braucht es zusätzliche finanzielle Ressourcen.
- Nein, ich erfülle meinen Versorgungsauftrag in Hinblick auf Gesundheitsförderung/ Krankheitsprävention und vulnerable Gruppen anders.
- Sonstiges: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

5. Was würden Sie für die Weiterentwicklung in Richtung Social Prescribing brauchen?

- Anleitung bzw. Know-how für die Umsetzung
- Übersicht über potenzielle Angebote in der Region
- Kooperationen mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Umfeld (Vereine, Gemeinde, Beratungseinrichtungen etc.)
- Tätigkeits- und Kompetenzprofil für die Aufgabe
- Finanzierung von [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Wochenstunden
- Sonstiges: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Denken Sie konkret über die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer PVE/Praxis nach!

6. Was könnte das Ziel in der PVE hinsichtlich der Umsetzung von Social Prescribing sein (für das aktuelle Jahr sowie mittel- und langfristig)?

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Berufsjahre:

Anhang 2

Interviewleitfaden

Thema/Forschungsfrage: Bedarfserhebung und mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming

Vielen Dank, dass Sie sich dafür bereit erklärt haben an diesem Gespräch teilzunehmen.

Dieses Interview ist Teil meiner Diplomarbeit zum Thema Social Prescribing.

In der Diplomarbeit untersuche ich den Bedarf für und die mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming. Dazu möchte ich gerne mit Ihnen über Ihre Perspektiven/Ideen sprechen.

Im Zuge des Interviews brauche ich auch eine unterschriebene Einverständniserklärung. Diese beinhaltet:

- Dass Sie informiert wurden über den Zweck des Interviews
- Dass Sie einverstanden sind, dass das Gespräch aufgezeichnet wird. Die Aufnahme wird nach der Auswertung wieder gelöscht.
- Daten werden vertraulich und anonym behandelt und
- Teilnahme ist freiwillig

Thema 1: Social Prescribing - allgemein

- a. Haben Sie schon einmal von Social Prescribing gehört?

Erweiterungsfragen:

Wenn ja, können Sie versuchen in Ihren eigenen Worten zu erklären, was Social Prescribing ist. (Wie es abläuft? Ziele? Wer ist eingebunden?)

Wenn nein, Konzept wird kurz erklärt (anhand von Video, vorgefertigter Text)

Thema 2: Bedarf

- a. Welchen Bedarf gibt es Ihrer Meinung nach in Gröbming für Social Prescribing?

Erweiterungsfrage: Gibt es Belastungen oder Bedürfnisse der Menschen in Gröbming, für die es Angebote braucht?

Erweiterungsfrage: Gibt es bestimmte Personengruppen, die von Social Prescribing Angeboten profitieren würden?

- b. Ich habe Vertreter*innen der Primärversorgung in Gröbming zum Bedarf für Social Prescribing befragt. Ihre Antworten (anonymisiert) waren: (Ergebnisse der Checkliste Frage 1 und 2). Was denken Sie über diese Ergebnisse.

Thema 3: Umsetzung

- a. Welche Strukturen gibt es Ihrer Meinung nach bereits, die die Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming unterstützen können?
Erweiterungsfrage: Vorhandene Angebote? Welche Vereine/Gruppierungen im Freiwilligensektor?

- b. Welche Strukturen braucht es Ihrer Meinung nach noch für die Umsetzung?
Erweiterungsfrage: Wie/mit wem könnten diese Strukturen aufgebaut werden?

- c. Wo könnte der Link Worker platziert sein?
*Erweiterungsfrage: Standorte (Gemeinde, Hausarztpraxen, Gesundheitseinrichtungen)?

Finanzierung?*

Demografische Daten

Geschlecht:

Alter:

Beruf/Rolle:

Info: Die erhobenen Daten werden transkribiert und danach analysiert. Nach Fertigstellung meiner Diplomarbeit bekommen alle Teilnehmenden eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an diesem Interview teilzunehmen!

Anhang 3

Schriftliche Datenschutz- und Einwilligungserklärung Diplomarbeit: „Bedarfserhebung und mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming“

Sehr geehrter Teilnehmer, sehr geehrte Teilnehmerin!

Wir laden Sie ein, im Rahmen der oben genannten Diplomarbeit an einem qualitativen Leitfadengespräch teilzunehmen.

1. Was ist ein qualitatives Leitfadengespräch?

In diesem qualitativen Leitfadengespräch werden vorbereitete Fragen von einem Studierenden anhand eines Leitfadens an Sie gestellt. Es findet somit eine thematische Eingrenzung statt. Die interviewende Person hat hierbei die Aufgabe Ihrer Erzählung zu folgen. Das Interview dient dazu, neue Anregungen und Sichtweisen zu einem bestimmten Thema von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu bekommen.

2. Was ist der Zweck des Leitfadengesprächs?

Im Zuge dieser Diplomarbeit soll ermittelt werden, wie groß der Bedarf und die mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming ist. Dafür werden qualitative Leitfadengespräche mit relevanten Multiplikator*innen der Gemeinde Gröbming geführt. Aus diesen gewonnenen Erkenntnissen sollen praxisrelevante Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming abgeleitet werden.

Diese Studie hat von der zuständigen Ethikkommission eine positive Stellungnahme erhalten.

3. Ablauf

Das Leitfadengespräch wird aufgezeichnet und kann entweder persönlich, telefonisch oder per Videokonferenz abgehalten werden (je nach Ihren Möglichkeiten und Präferenzen). Das Gespräch dauert maximal eine Stunde und wird von einem Studierenden der Medizinischen Universität Graz durchgeführt und ausgewertet. Im Gespräch werden auch Daten wie Alter, Geschlecht und Beruf abgefragt. Alle diese Daten werden streng vertraulich behandelt. Auswertungen erfolgen anonym – es werden keine Auswertungen für Einzelpersonen durchgeführt.

4. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme am Leitfadengespräch?

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag.

5. Kann die Teilnahme am Leitfadengespräch vorzeitig beendet werden?

Ihre Teilnahme am Leitfadengespräch ist freiwillig und Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme abbrechen. Sie haben ebenfalls das Recht, die Verarbeitung Ihrer gesamten Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen; in diesem Fall werden sämtliche Daten datenschutzrechtlich konform vernichtet.

6. Datenschutz

Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden Daten über Sie erhoben und verarbeitet. Grundsätzlich ist zwischen folgenden Daten zu unterscheiden:

- 1) Personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse)
- 2) Pseudonymisierten (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können
- 3) Anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

Zugang zu den Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind, haben der Diplomand und die betreuenden MitarbeiterInnen des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung die an der Diplomarbeit mitwirken. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Die Audioaufnahmen der Leitfadengespräche werden mit Projektende gelöscht.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur in verschlüsselter oder anonymisierter Form. Auch für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten oder anonymisierten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung. Im Rahmen dieses Projektes ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser Studie verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung des Projektes voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer des Projektes ist bis Ende 2024. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende des Projektes hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in diesem Projekt haben, wenden Sie sich zunächst an den Studienverantwortlichen. Dieser kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Datenschutzbeauftragte/r des Prüfzentrums: datenschutz@medunigraz.at

7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Bei Fragen können Sie sich gerne an das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung wenden.

Diplomand: Klaus Siebenbrunner
Email: klaus.siebenbrunner@stud.medunigraz.at

Kontaktperson

Medizinische Universität Graz: Christina Radl-Karimi, PhD
Email: christina.radl-karimi@medunigraz.at
Tel.: 0316 385 73560

8. Einwilligungserklärung

Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers (in Druckbuchstaben):

.....

Geburtsdatum:.....

Ich erkläre mich bereit, am Leitfadengespräch im Rahmen der Diplomarbeit zum Thema „Bedarfserhebung und mögliche Umsetzung von Social Prescribing in Gröbming“ teilzunehmen. Ich erkläre mich bereit, dass das Leitfadengespräch aufgezeichnet wird und bin darüber informiert, dass die Audioaufnahme mit Projektende gelöscht wird.

Ich bin von den Studienverantwortlichen ausführlich und verständlich über den Zweck, Ablauf, Datenschutz sowie Freiwilligkeit zur Teilnahme an dem Projekt aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus die Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, um mich für die Teilnahme an dem Gespräch zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung des Projektes erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für mich entstehen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieses Projektes erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben verwendet werden.

.....

(Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

(Der/Die StudienteilnehmerIn erhält eine unterschriebene Kopie der Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienverantwortlichen.)