

**Masterarbeit**

**Gesundheitsförderung und Förderung von  
Gesundheitskompetenz in  
Primärversorgungseinheiten**

Eine Befragung von Medizinstudierenden im  
Klinisch Praktischem Jahr (KPJ)

**Dr. med.-univ. Anna Herzeg**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health  
(MPH)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

unter der Anleitung von

Dr. Stefan Korsatko

Dr. Martin Sprenger

Graz, am 07.02.2025

 **Bundesministerium**  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

 **Gesundheit  
Österreich GmbH**

 **Fonds Gesundes  
Österreich**

Gefördert aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

## **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.*

Graz, am 07.02.2025

Anna Herzeg e.h.

## **Statutory declaration**

*I declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources/resources, and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.*

Graz, 07.02.2025

Anna Herzeg e.h.

# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuallererst gebührt mein Dank natürlich meinen beiden Betreuern dieser Masterarbeit. Auf der einen Seite Dr. Stefan Korsatko, der mich nicht nur während dieser Masterarbeit unterstützt hat, sondern mir auch die Welt der Primärversorgung eröffnet hat. Und auf der anderen Seite Dr. Martin Sprenger, ohne den ich wohl niemals dieses Studium begonnen hätte und der mir die unglaublichen Facetten von Public Health gezeigt hat. Allen beiden möchte ich für die Anregungen, das Korrekturlesen und die Unterstützung in allen Fragen danken.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Studienkollegin Laura bedanken – ohne sie wäre die statistische Analyse oder die Befragung in dieser Art niemals zustande gekommen!

Mein Dank gilt auch allen teilnehmenden Primärversorgungseinheiten und allen Studierenden, welche sich die Zeit genommen haben, um mich bei der Befragung zu unterstützen.

Nicht zuletzt möchte ich mich natürlich auch bei meinen Lieben bedanken. Mein Verlobter Chiam, der mich in allem unterstützt, worauf ich plötzlich wieder Lust habe. Der unglaublich viel Geduld mit mir aufbringt und mir in allen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Belangen zur Seite steht.

Meine Mama, die jederzeit für mich da ist, wenn ich mal von allem genug habe und sich meiner Rechtschreib- und Grammatikfehler angenommen hat. Und meinem Bruder Izi, der ebenfalls diese Arbeit auf Herz und Nieren geprüft hat.

Ich danke euch allen – ohne euch würde es diese Arbeit so nicht geben!

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	iii
Inhaltsverzeichnis .....	iv
Abkürzungsverzeichnis .....	vi
Abbildungsverzeichnis .....	vii
Zusammenfassung .....	viii
Abstract .....	x
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1. Primärversorgung .....	1
1.1.1. Wie alles begann: Die Geschichte der Primärversorgung .....	1
1.1.2. Auch Österreich kommt auf den Geschmack: Primärversorgung in Österreich .....	2
1.2. Gesundheitskompetenz .....	8
1.2.1. Definition Gesundheitskompetenz .....	8
1.2.2. Gesundheitskompetenz messen .....	9
1.2.3. Gesundheitskompetenz von Gesundheitsberufen .....	11
1.2.4. Gesundheitskompetenz von Medizinstudierenden .....	13
1.2.5. Universitäre Ausbildung und Lehre von Gesundheitskompetenz .....	14
1.2.6. Gesundheitskompetenz an medizinischen Universitäten in Österreich .....	15
1.3. Gesundheitsförderung .....	16
1.3.1. Definition und Geschichte der Gesundheitsförderung .....	16
1.3.2. Gesundheitsförderung in Österreich .....	19
1.3.3. Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung messen .....	22
1.3.4. Gesundheitsförderung an Universitäten in Österreich .....	23
1.4. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung .....	24
1.4.1. Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenz am Beispiel einer Primärversorgungseinheit (MEDIUS, Graz/Steiermark) .....	27
1.5. Problemstellung, Forschungsfrage und Zielsetzung .....	28
<b>2. Materialien und Methoden .....</b>	<b>30</b>
2.1. Fragebögen .....	30
2.2. Kontaktaufnahme Primärversorgungseinheiten und Datensammlung .....	31
2.3. Statistische Auswertung .....	33
<b>3. Resultate .....</b>	<b>35</b>
3.1. Studienpopulation .....	35
3.2. Gesundheitsförderung (CompHP-Fragebogen) .....	35
3.3. Subjektiv eingeschätzte Kenntnisse bezüglich Kompetenzen in Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz .....	37
3.4. Subjektive Einschätzung der Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag .....	38
3.5. Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16) .....	39

3.6.	<i>Objektives Wissen bzgl. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz</i> .....	40
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>41</b>
4.1.	<i>Zentrale Ergebnisse</i> .....	41
4.2.	<i>Limitationen</i> .....	42
<b>5.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>
<b>Anhang</b> .....		<b>54</b>
	<i>Anhang 1.1.: Fragebogen 1 (vorher)</i> .....	54
	<i>Anhang 1.2.: Fragebogen 2 (nachher)</i> .....	68
	<i>Anhang 2.1.: Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (MEDIUS), 2022</i> .....	77
	<i>Anhang 2.2.: Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (MEDIUS), 2023</i> .....	78

# Abkürzungsverzeichnis

AUVA - Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

BVAEB - Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

BIP - Bruttoinlandsprodukt

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DGKP - Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson

EU - Europäische Union

GÖG - Gesundheit Österreich GmbH

HLS - Health Literacy Survey

IUHPE – International Union for Health Promotion and Education

KPJ - Klinisch Praktisches Jahr

MUG - Medizinische Universität Graz

MUI - Medizinische Universität Innsbruck

MUW - Medizinische Universität Wien

ÖGK - Österreichische Gesundheitskasse

ÖPGK - Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz

PHAMEU - Primary Health Care Activity Monitor for Europe

PVA - Pensionsversicherungsanstalt

PVE - Primärversorgungseinheit

PVN - Primärversorgungsnetzwerk

SVS - Sozialversicherung der Selbstständigen und Bauern

WHO - World Health Organization

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Primärversorgungseinheiten nach Jahren in Österreich (Eigene Darstellung, Daten übernommen von Haindl, 2024) .....	5
Abbildung 2: Primärversorgungseinheiten in Österreich nach Bundesländern (Eigene Darstellung, Daten übernommen von Plattform für Primärversorgung, o.D.b) .....	8
Abbildung 3: Levels der Gesundheitskompetenz nach Ländern (Sørensen, 2015).....	10
Abbildung 4: Scores zu den Aufgabenbereichen der professionellen Gesundheitskompetenz in Österreich, Wertebereich 0 bis 100 Punkte (Griebler, 2023) .....	12
Abbildung 5: Soziale Determinanten der Gesundheit (Fonds Gesundes Österreich, nach Dahlgren, G., Whitehead, M., 1991) .....	19
Abbildung 6: Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich (in Prozent), 2016 (BMASGK, 2019).....	21
Abbildung 7: Top 10 Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich (in Mio. Euro), 2016 (BMASGK, 2019) .....	22
Abbildung 8: CompHP-Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung (Barry, 2014).....	23
Abbildung 9: Ablauf der Rekrutierungsphase (Eigene Darstellung).....	32
Abbildung 10: Verteilung der Kompetenzlevels Gesundheitsförderung (Vorher-Befragung) .....	36
Abbildung 11: Verteilung der Kompetenzlevels Gesundheitsförderung (Nachher-Befragung) .....	36
Abbildung 12: T-Test bei abhängigen Stichproben der Punktwerte Gesundheitsförderung im Vorher- und Nachher-Vergleich (alle Fragebögen) .....	36
Abbildung 13: T-Test bei abhängigen Stichproben der Punktwerte Gesundheitsförderung im Vorher- und Nachher-Vergleich (Fragebögen 1 und Fragebögen 2 vollständig ausgefüllt) .....	37
Abbildung 14: Vorzeichentest Selbsteinschätzung des subjektiven Wissens bzgl. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Vorher- und Nachher-Vergleich .....	38
Abbildung 15: Vorzeichentest subjektive Wichtigkeit im medizinischen Alltag von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Vorher- und Nachher-Vergleich .....	39
Abbildung 16: Verteilung der Gesundheitskompetenzlevels der Befragten .....	39
Abbildung 17: Vorzeichentest Wissensbefragung im Vorher- und Nachher-Vergleich.....	40

# Zusammenfassung

## Hintergrund:

2017 wurde Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabe der neuen Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich festgelegt (Bundesgesetzblatt, 2017; Bundesgesundheitsagentur, 2014).

Der Begriff Gesundheitskompetenz beschreibt die erlernbaren Fähigkeiten, die Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil befähigen (Bitzer, 2018). Gesundheitsförderung beschreibt Maßnahmen zum Erhalt oder Stärkung von Gesundheit durch Verbesserung der Voraussetzungen für Gesundheit (Klemperer, 2020). Die Notwendigkeit des Ausbaus der Maßnahmen in diesen Bereichen ergibt sich aus der klaren Datenlage, welche zeigt, dass in Österreich nur etwa ein Drittel aller Menschen eine ausreichende Gesundheitskompetenz aufweisen (Sørensen, 2015). Gleichzeitig geben jedoch besonders viele Ärzt\_innen in Österreich an, nicht ausreichend in der Ausbildung auf diese Themengebiete vorbereitet worden zu sein (Griebler, 2023).

## Hypothese:

Es wird angenommen, dass Medizinstudierende, welche ein 4-wöchiges Praktikum in einer PVE absolvieren, vermehrt in Kontakt mit der Thematik rund um Gesundheitsförderung kommen. Aus diesem Grund könnte das Praktikum die Selbsteinschätzung und auch das Wissen der Medizinstudierenden in diesem Bereich positiv beeinflussen.

Die primäre Forschungsfrage lautet daher:

*Werden Medizinstudierende durch den Kontakt zu einer Primärversorgungseinheit (PVE) oder einem Primärversorgungsnetzwerk (PVN) in Österreich in Bezug auf Wissen oder Kompetenz bezüglich Gesundheitsförderung positiv beeinflusst?*

## Methoden:

Es erfolgte initial die Kontaktaufnahme mit 59 Primärversorgungseinheiten, 18 PVEs haben schließlich an der Befragung teilgenommen. Es wurden soziodemographische Merkmale, die Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung mittels validiertem CompHP-Fragebogen, die eigene Gesundheitskompetenz mittels Kurzfassung des HLS-EU-Q47, und Wissen bezüglich Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung abgefragt. Die statistische Analyse erfolgt mittels SSPS (IBM).

## Resultate:

Insgesamt haben 28 Studierende an der Befragung teilgenommen, 53% der Befragten sind männlich, 43% weiblich. In der Vorher-Befragung beträgt der Mittelwert der Gesamtpunkte im CompHP-Fragebogen 38 Punkte, in der Nachher-Befragung 45.5 Punkte. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Anstieg ( $p=.008$ ) der Punktwerte.

Das subjektive Wissen bezüglich Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Vorher- und Nachher-Befragung zeigt ebenfalls einen signifikanten Anstieg ( $p=.039$ ).

25% der Befragten hatten in der HLS-EU-Q16-Befragung ein ausreichendes, 25% ein inadäquates und 39.3% ein problematisches Gesundheitskompetenz-Level.

### **Diskussion:**

In dieser Befragung kann ein signifikanter Anstieg der Selbsteinschätzung der Studierenden bezüglich Gesundheitsförderung nach Absolvierung des Praktikums in einer PVE gezeigt werden. Außerdem konnte gezeigt werden, dass die befragten Studierenden eine limitierte Gesundheitskompetenz aufweisen.

# Abstract

## Background:

Prevention, health promotion and health literacy were established as tasks of primary care units within Austria in 2017 (Bundesgesetzblatt, 2017; Bundesgesundheitsagentur, 2014).

Health literacy is defined as obtainable competencies, that enable individuals to live a health promoting life (Bitzer, 2018). Health promotion is defined as measures to strengthen or maintain a healthy lifestyle through improvement of the preconditions for health. (Klemperer, 2020). The need in developing new measures in these field, is supported by the data, that shows that one third of the Austrian population does not have a sufficient health literacy (Sørensen, 2015). Furthermore, doctors in Austria are subjectively not equipped by their formation to deal with these topics (Griebler, 2023).

## Hypothesis:

Medical students are likely to encounter topics related to health promotion during their apprenticeship at the primary care centers. For that reason, the apprenticeship could positively affect their self-perception and knowledge in this field.

The primary research question is:

*Are medical students positively influenced by contact to a primary care center in terms of knowledge or competencies regarding health promotion?*

## Methods:

Initially, 59 existing primary care units were contacted, 18 were willing to participate in the survey. The questionnaire consists of questions about the sociodemographic background, a validated questionnaire about health promotion, a validated questionnaire about health literacy and knowledge questions about both topics. The statistical analysis was executed with the statistic software SSPS.

## Results:

Overall, 28 students have taken part in the survey, 53% of the respondents were male, 43% female. The mean regarding the results in the CompHP questionnaire was 38 points in the first and 45.5 points in the second questionnaire. A significant increase of points could be shown ( $p=.008$ ).

Furthermore, the subjective knowledge about health literacy and health promotion of the respondents also showed a significant increase ( $p=.039$ ).

25% of the respondents showed within the HLS-EU-Q16 an adequate, 25% an inadequate and 39.3% a problematic health literacy level.

**Discussion:**

In this survey, a significant increase of the subjective competencies in health promotion after completion of the apprenticeship could be shown. It was also shown that the students surveyed had a limited health literacy.

# 1. Einleitung

## 1.1. Primärversorgung

### 1.1.1. Wie alles begann: Die Geschichte der Primärversorgung

Geht es um die Ursprünge und ersten Schritte von Primärversorgung stößt man unweigerlich auf die „Declaration of Alma-Ata“, welche 1978 im Rahmen einer internationalen Konferenz zu Primärversorgung der World Health Organization (WHO) unterzeichnet wurde. Hierbei wurde erstmalig nicht nur Primärversorgung als gesamtgesellschaftliches Gesundheitskonzept definiert, welches die Gesundheit aller Menschen beschützt und bewirbt, sie bringt Primärversorgung auch auf das politische Tableau und macht es zu einem Hauptfokus um „Health for All“ oder „Gesundheit für alle“ zu erreichen. Insgesamt wurden 7 Prinzipien der Primärversorgung deklariert, die insbesondere die Wichtigkeit von präventiven, kurativen und rehabilitativen Angeboten in den Lebenswelten der Menschen wohnortnah und bedarfsgerecht hervorheben (World Health Organization, 1978).

Frühere Ideen von Primärversorgung finden sich bereits in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts. Beispielhafte Projekte gab es bereits in den 1930ern wie die „barefoot doctors“, welche als Gesundheitspersonal im ländlichen China arbeiteten und auch lebten (Litsios, 2015; Cueto, 2004). Auch erste medizinische Versorgungszentren, im Sinne von Primärversorgungszentren, entstanden bereits in den 1960er-Jahren, wie beispielsweise das „Local Center for Community Health: Pointe-Saint-Charles“ in Kanada (De Maeseneer, 2022). Der sogenannte „vertikale Gesundheitsansatz“, in welchem eine Krankheit durch gewisse Maßnahme ohne Integration in das Gesundheitssystem oder in die Gemeinde gezielt behandelt wird, wurde zunehmend kritisiert. Hierbei erwähnenswert ist beispielsweise die Abhandlung „Health and the developing world“ von John Bryant, in welchem bereits 1969 die Krankenhaus-zentrierte Gesundheitsversorgung und der fehlende Schwerpunkt auf Prävention kritisiert werden (Cueto, 2004).

Kurz nach der Publikation der Alma-Ata-Erklärung entbrannten Diskussionen rund um den unrealistischen Zeitplan und die Idealisierung der gegebenen Verhältnisse. In der Konferenz „Gesundheit und Bevölkerung in Entwicklung“ in Bellagio (Italien) 1979 wurde daraufhin die Schrift „Selektive medizinische Grundversorgung, eine Übergangsstrategie zur Krankheitsbekämpfung in Entwicklungsländern“ präsentiert. Hierbei wurden Maßnahmen für eine „Basisgesundheit“ präsentiert – diese bestanden insbesondere aus kostengünstigen, technischen Innovationen zur Bewältigung der Hauptkrankheitsprobleme in armen Ländern.

Es entbrannte eine Debatte zwischen den Verfechtern der medizinischen Grundversorgung und der selektiven medizinischen Grundversorgung. Den Vertreter\_innen der selektiven medizinischen Grundversorgung wurde insbesondere vorgeworfen die sozialen Ursachen von Krankheit zu vernachlässigen. Die medizinische Grundversorgung stieß jedoch auf viel Gegenwehr aufgrund der sehr weiterreichenden Denkweise und teils nicht wissenschaftlich belegten Ansätze. Mit der Wahl eines neuen WHO-Direktors 1988 endete erstmals die Ära der medizinischen Grundversorgung (De Maeseneer, 2022).

Erst 2008 griff die WHO erneut die Thematik gezielt in ihrem „World Health Report“ mit dem Titel „Primary Health Care: Now more than ever“, als Antwort auf die multiplen Herausforderungen in Bezug auf Gesundheit im Rahmen der zunehmenden Globalisierung, auf. Es wurden 4 Grundreformen betont, um Primärversorgung zu stärken: Stärkung des Gesundheitssystems; Verbesserung des Zugangs zu Primärversorgung; Verbesserung der Qualität von Primärversorgung; und Förderung kommunaler Beteiligung und Empowerment (World Health Organization, 2008). Seither spiegeln sich die Erwartungen und Anforderung an Primärversorgung sowohl in einer zunehmenden Anzahl an Strategiepapieren als auch in der sich immer wieder verändernden Struktur von Gesundheitseinrichtungen und -systemen weltweit wider (De Maeseneer, 2022).

### 1.1.2. Auch Österreich kommt auf den Geschmack: Primärversorgung in Österreich

#### 1.1.2.1. Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems

Um das Konzept der Primärversorgung im österreichischen Kontext einordnen zu können, ist es zunächst notwendig die Grundzüge des österreichischen Gesundheitssystems zu verstehen und zu beleuchten. Das österreichische Gesundheitssystem ist neben einer föderalistischen politischen Landschaft auch durch eine sich selbstverwaltende Sozialversicherung geprägt. Gesetzlich geregelt fallen die meisten Bereiche des Gesundheitswesens in die Kompetenz des Bundes, mit der großen Ausnahme der Krankenanstalten, welche den Ländern untergeordnet sind. Im ambulanten Sektor, Rehabilitationssektor und Arzneimittelbereich erfolgt die Versorgung über Verhandlungen der Sozialversicherungsträger mit der jeweiligen Landesvertretung. Träger der Sozialhilfe und von Sozialleistungen sind die Gemeinden.

Die Sozialversicherung finanziert sich über die Versicherungsbeiträge. Es handelt sich um eine sogenannte Pflichtversicherung, diese ist üblicherweise vom jeweiligen Arbeitgeber\_in abhängig (Hofmarcher, 2006). Es existieren mehrere Sozialversicherungsträger, welche seit der Strukturreform 2018 (2020 in Kraft getreten) zum Dachverband, bestehend aus

Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK); Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB); Sozialversicherung der Selbstständigen und Bauern (SVS); Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), fusioniert wurden (Bundesgesetzblatt, 2018).

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt über viele verschiedene Finanzierungsströme, welche teils nicht oder nicht einfach nachvollziehbar sind. Der ambulante Sektor der Gesundheitsversorgung in Österreich wird zu einem großen Teil von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zumeist in Einzelpraxen versorgt. 2017 waren etwa 40% aller Ärzt\_innen ausschließlich in freien Praxen tätig, etwa die Hälfte hiervon hatte einen Vertrag mit einem Sozialversicherungsträger. 32% aller niedergelassenen Ärzt\_innen sind Allgemeinmediziner\_innen, 61% aller niedergelassenen Ärzt\_innen mit Kassenvertrag sind Allgemeinmediziner\_innen.

Außerdem erbringen noch 900 Ambulatorien entweder von den Sozialversicherungsträgern selbst oder private (meist mit Kassenvertrag) therapeutische Leistungen. Zusätzlich gibt es noch Spitalsambulanzen, welchen neben der Notfallversorgung zumeist auch Spezial- oder fachärztliche Ambulanzen betreiben. Viele andere Gesundheitsberufe leisten – teils mit oder ohne Kassenvertrag – ebenfalls einen wichtigen Anteil der ambulanten Versorgung.

Etwa zwei Drittel aller ambulanter Patient\_innenkontakte (136 Millionen/Jahr, 2017) finden bei Kassenärzt\_innen in Einzelpraxen statt.

Der extramurale Bereich wird beinahe vollkommen durch die Sozialversicherungsträger finanziert, dies macht etwa 25% der gesamten Gesundheitskosten (41,3 Milliarden oder 11% des BIP) aus. Spitäler hingegen werden aus mehreren Quellen finanziert, hauptsächlich aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Die stationäre Versorgung macht den größten Anteil mit 33% der gesamten Gesundheitskosten aus (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

#### *1.1.2.2. Primärversorgung in Österreich*

Nachdem international bereits einige Jahrzehnte die Wichtigkeit der Primärversorgung und der Erneuerung dieser in Richtung von kommunalen, patient\_innenzentrierten Strukturen erkannt wurde, entstand 2010 eine Vergleichsstudie der Europäischen Union (EU) (PHAMEU = Primary Health Care Activity Monitor for Europe). Hierbei konnten anhand von insgesamt 77 Kriterien in 7 Kategorien die Schwächen der österreichischen Primärversorgung deutlich aufgezeigt werden. Die österreichische Primärversorgung wurde insgesamt mit „weak“, der schwächsten Kategorie, bewertet. Gründe hierfür waren die

fehlende Koordination in der Primärversorgung, fehlende Kontinuität in der Versorgung und fehlendes Verständnis für Primärversorgung (Kringos, 2013).

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 zeigte sich der politische Wille zur Veränderung des Gesundheitssystems in Richtung einer gestärkten Primärversorgung nach internationalem Vorbild. Es wurde ein Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung entwickelt. Es sollten insbesondere Leistung vom stationären in den ambulanten oder tagesklinischen Sektor verschoben und vermehrt Augenmerk auf präventive Leistungen gelegt werden. Außerdem wurde Primärversorgung als strategisches Ziel festgelegt (Bundesgesetz, 2013). Daraufhin wurde im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich mit dem Titel „Das Team rund um den Hausarzt“ beschlossen. In diesem werden Zielsetzungen auf der System-, Patient\_innen- und Gesundheitsdienstleister\_innen-Ebene gesetzt. Alles zielt darauf ab, die Primärversorgung zu stärken und zu attraktiveren, um so eine niederschwellige und umfassende Patient\_innenversorgung zu ermöglichen. Neben Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen wird explizit auf Prävention, Gesundheitsförderung, Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe und Wissensgenerierung verwiesen. Es wird ein Kernteam beschrieben, welches aus einer Ärztin oder einem Arzt, einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) und der Ordinationsassistentin besteht. Hinzukommen jedoch auch viele andere Berufsgruppen wie beispielsweise Diätolog\_innen, Physiotherapeut\_innen, Psychotherapeut\_innen, Sozialarbeiter\_innen, etc. - um nur einige zu nennen. Das Team der Primärversorgung wird also eindeutig interprofessionell. Zur Schaffung der neuen Primärversorgungsstrukturen sollen einerseits Primärversorgungseinheiten (PVE), welche zumindest die Beteiligten des Kernteams an einem Standort vereinigen, und andererseits Primärversorgungs-Netzwerke (PVN), welche durch verbindliche Zusammenarbeitsverträge an unterschiedlichen Standorten tätig sind, entstehen. Die einzelnen Einrichtungen der PVN treten hierbei als Einheit gegenüber der Sozialversicherung auf (Bundesgesundheitsagentur, 2014). Zur besseren Lesbarkeit werden in weiterer Folge PVN und PVE unter dem Gesamtbegriff PVE oder Primärversorgungseinheit zusammengefasst.

2017 wurde schließlich das Primärversorgungsgesetz, welches als gesetzliche Grundlage für die Ausweitung der Primärversorgung und der Schaffung von Primärversorgungseinheiten dient, beschlossen. Außerdem trat der Zielsteuerungsvertrag-Gesundheit mit Jänner 2017 in Kraft (Bundesgesetzblatt, 2017).

Sowohl im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“, im Zielsteuerungsvertrag-Gesundheit von 2017, als auch im Primärversorgungsgesetz von 2017 ist Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als Aufgabe der neuen Primärversorgung vorgesehen (Bundesgesetzblatt, 2017; Bundesgesundheitsagentur, 2014).

Bereits 2015 eröffnete das erste Primärversorgungszentrum in Wien. 2017 gab es laut Monitoringbericht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bereits 4 Primärversorgungseinheiten, 2019 16 und 2023 schließlich 58 PVEs in ganz Österreich (in 8 Bundesländern). Initial war ein Zielwert im Zielsteuerungsvertrag Gesundheit für 2021 von 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich fixiert, jedoch wurde dies mit Verlängerung des Zielsteuerungsvertrages auf Ende 2023 verschoben. Hierfür wurden 200 Millionen Euro zweckgewidmet. Auch dieses Ziel wurde nicht erreicht. Die Primärversorgungseinheiten teilen sich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich auf, beispielsweise sind in Tirol 0 von 6 geplanten PVEs mit Ende 2023 umgesetzt, in Wien sind jedoch bereits 20 von 16 geplanten Primärversorgungseinheiten umgesetzt (Haindl, 2024; Kdolsky, 2017).

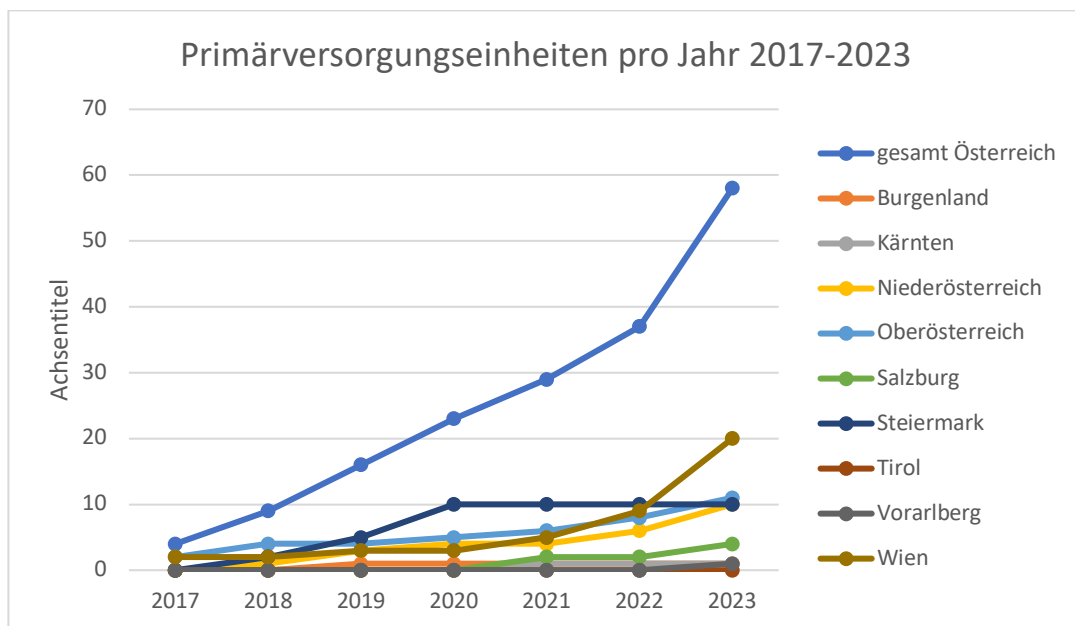


Abbildung 1: Primärversorgungseinheiten nach Jahren in Österreich (Eigene Darstellung, Daten übernommen von Haindl, 2024)

2019 wurde schließlich durch den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und der österreichischen Ärztekammer der Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten beschlossen. Dieser gilt für ganz Österreich, jedoch gibt es in 6 Bundesländern zusätzliche Honorarvereinbarungen (Primärversorgungs-Gesamtvertrag, 2019). Die Honorierungssysteme sind je nach Bundesland sehr heterogen. Wie in einer Übersichtarbeit

von 2019 ersichtlich, wurde 2014 durch eine Arbeitsgruppe des Hauptverbands der Sozialversicherungen die verschiedenen Honorarformen idealtypisch abgebildet. Diese soll sich aus 20% Grundpauschale (10% für Gesundheitsförderung und 10% für Koordination und Kooperationen), 50-60% Fallpauschalen, 15-20% Einzelleistungen und 5% Pay-for-Performance (im Sinne von Zusatzfinanzierung bei Erreichung von vorher definierten Zielen) zusammensetzen. Die Finanzierung von Primärversorgungseinheiten kann in drei Felder aufgeteilt werden: Förderungen als einmalig Zahlung, Honorierung der Leistungen des ärztlichen Personals und Finanzierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (Baumgartner, 2019). Im Bereich der Förderungen können entweder eine Projektförderung von max. 50.000€ Zuschuss (bei bereits bestehenden PVEs) oder eine Gründungsförderung in der Höhe von maximal 1,6 Millionen Euro Zuschuss bei Neugründung beantragt werden (Plattform für Primärversorgung, o.D.a). Im Primärversorgungsgesamtvertrag werden lediglich die mögliche Anschubfinanzierung, die Zielsetzung (inklusive Gesundheitsförderung, Förderung von Gesundheitskompetenzen und Prävention), die Kosten für Materialien und die Finanzierung eines\_r PVE-Managers\_in geregelt. Klare Finanzierungsmodelle werden hierbei nicht definiert (Primärversorgungsgesamtvertrag, 2019). In der Honorarvereinbarung Niederösterreich sind eine Grundpauschale von 80.000€ pro ärztlichem Vollzeitäquivalent, welche unter anderem für die Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehen ist, eine altersabhängige Pro-Kopf-Pauschale, Vergütung von Einzelleistungen und Finanzierung der Gehaltskosten des erweiterten Teams fixiert (Ärzttekammer für Niederösterreich, 2020). In der Tiroler Vereinbarung finden sich eine zusätzliche Anschubfinanzierung, eine Finanzierung eines\_r PVE-Managers\_in, eine Grundpauschale von 10.000€, eine Fallpauschale in Alterskohorten, eine Vergütung der Einzelleistungen und die Finanzierung der Gehaltskosten des erweiterten Teams (Ärzttekammer für Tirol, o.D.). In Vorarlberg gibt es eine Grundpauschale von 25.000€, eine Fallpauschale ohne Alterskohorten und Einzelleistungspauschalen (Ärzttekammer für Vorarlberg, 2021). In Wien werden eine Grundpauschale für die gesamte PVE von 215.000€, eine PVE-Sonderfallpauschale und Einzelleistungen vergütet (Ärzttekammer für Wien, 2019). In der Steiermark hingegen wird eine Grundpauschale von 30.000€ pro ärztlichem Vollzeitäquivalent, eine Fallpauschale ohne Alterskohorten und Einzelleistungen vergütet (Ärzttekammer für Steiermark, 2023). In Salzburg wurden eine Grundpauschale von 18.000€ pro ärztlichem Vollzeitäquivalent - hiermit soll neben zusätzlichen Leistungen wie Gesundheitsförderung auch Sach- und Personalkosten des Kernteams finanziert werden -, eine Fallpauschale ohne Alterskohorten und eine Vergütung

von Einzelleistungen fixiert (Ärzttekammer für Salzburg, 2023). Zusammenfassend, existieren in Österreich sehr unterschiedliche Honorierungssysteme mit teils weit differierenden Beträgen für Grund- (bspw. in Wien: 215.000€ pro Jahr gesamt oder Steiermark 30.000€ pro ärztlichem Vollzeitäquivalent) und Fallpauschalen (bspw. 48,39€ pro Patient\_in im Quartal in der Steiermark oder 66,84€ für Patient\_innen zwischen 81 und 90 Jahre in Niederösterreich pro Quartal). Hieraus ergeben sich pro Bundesland sehr unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten und dementsprechend auch unterschiedliche Modelle. Die Finanzierung von Gesundheitsförderung wird in manchen Verträgen im Bereich der Grundpauschale klar deklariert, in anderen Bundesländern jedoch nicht. Die Finanzierung der Förderung von Gesundheitskompetenz wird in keiner Honorarvereinbarung geregelt (Ärzttekammer Niederösterreich, 2020; Ärztekammer für Steiermark, 2023; Ärztekammer für Wien, 2019).

2023 erfolgte schließlich die Novellierung des Primärversorgungsgesetzes, insbesondere wurde das Kernteam ursprünglich bestehend aus 3 Ärzt\_innen, mindestens einer\_m Angehörigen des gehobenen Pflegedienstes und einer\_m Ordinationsassistent\_in, auf 2 Ärzt\_innen und mindestens einer\_m Angehörigen des gehobenen Pflegedienstes reduziert. Außerdem wurden auch Kinder-Primärversorgungseinheiten und Öffnungszeiten an Feiertagen oder am Wochenende ermöglicht (Bundesgesetzblatt, 2023).

2023 wird der neue Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 (nach Verlängerung des Zielsteuerungsvertrags 2017-2021 auf das Jahr 2023) beschlossen (Beschluss des Nationalrates, 2023).

Aktuell (Stand 07.08.2024) gibt es laut Plattform für Primärversorgung – die Kinder-PVEs eingeschlossen – 69 PVEs in ganz Österreich. Insgesamt gibt es 8 Kinder-PVEs, wobei 6 davon sich in Wien befinden, eines in Niederösterreich und eines in Linz. Die meisten PVEs hat Wien mit insgesamt 23. Schlusslicht bilden Burgenland, Kärnten und Tirol mit je einer PVE. Eine Auflistung der Primärversorgungseinheiten nach Bundesländern kann der untenstehenden Grafik entnommen werden (Plattform für Primärversorgung, o.D.b).

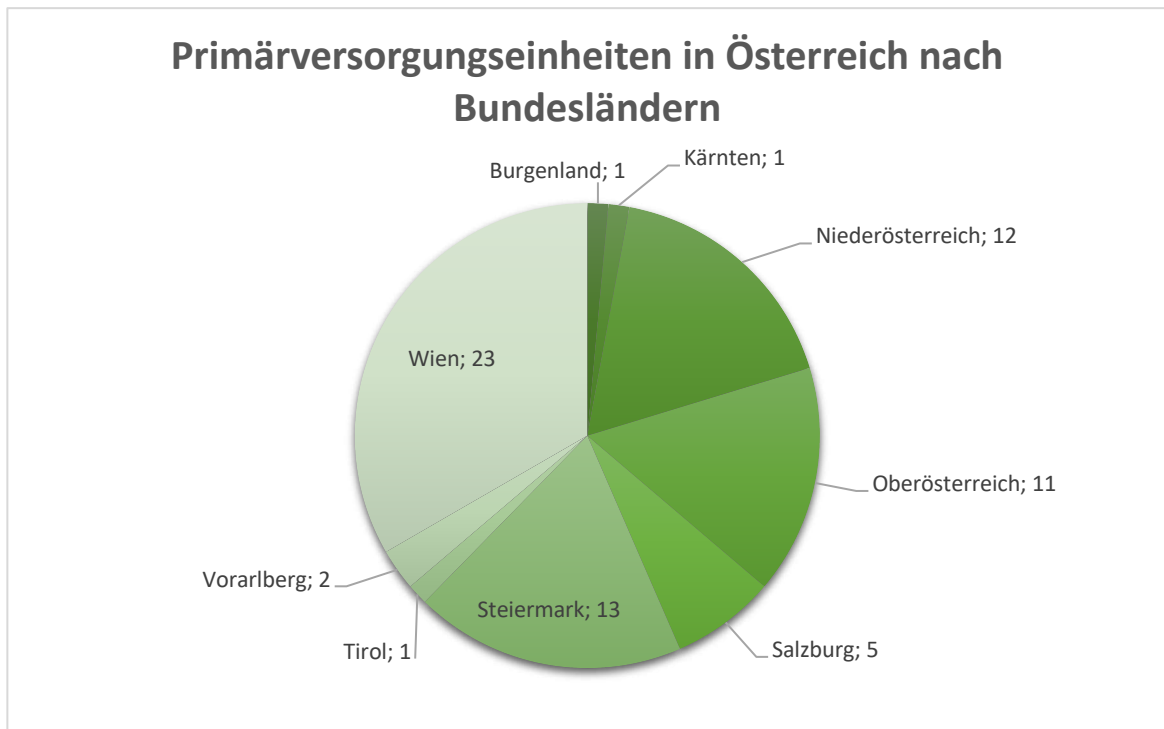


Abbildung 2: Primärversorgungseinheiten in Österreich nach Bundesländern (Eigene Darstellung, Daten übernommen von Plattform für Primärversorgung, o.D.b)

Die bereits oben angesprochenen unterschiedlichen Finanzierungsmodelle in den Bundesländern führen mitunter auch zu einer sehr heterogenen PVE-Landschaft. Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten steigt insgesamt schrittweise an. Auffallend ist jedoch das Ungleichgewicht in einigen Bundesländern gegenüber tatsächlich gegründeter PVEs und den Zielvorgaben. Dies kann einerseits auf regionale Versorgungsunterschiede zurückgeführt werden, andererseits vermutlich auch auf die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle der Bundesländer. Auch die Finanzierung der Themengebiete Gesundheitsförderung, Förderung von Gesundheitskompetenz und Prävention stellt sich sehr unterschiedlich dar, weswegen mutmaßlich auch der Ausprägungsgrad an Projekten in diesem Bereich weit differiert. Insgesamt zeigt es auch die Notwendigkeit auf, in den nächsten Jahren in die Primärversorgung in Form der Primärversorgungseinheiten zu investieren, um diese weiter auszubauen.

## **1.2. Gesundheitskompetenz**

### **1.2.1. Definition Gesundheitskompetenz**

Gesundheitskompetenz ist die im Deutschsprachigen gebräuchliche Verwendung für den vor allem amerikanisch geprägten Begriff „Health Literacy“. Bereits in den 1970er Jahren wurde dieser Begriff, als patient\_innenseitige Fähigkeit ärztliche Anweisungen, Packungsbeilagen

und Patient\_inneninformation zu verstehen und umzusetzen, definiert. Erst 1998 erfährt das Konzept eine Erweiterung um die interaktive Gesundheitskompetenz. Diese beschreibt die Fähigkeit Gesundheitsinformationen zu finden, zu bewerten, anzuwenden und diese auch entsprechend kommunizieren zu können (Bitzer, 2018).

Gesundheitskompetenz wird aktuell als Gesamtheit der Fähigkeiten, die einen Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil motivieren und befähigen, angesehen. Hierzu gezählt werden der Zugang zu; das Verstehen und die Aneignung von Gesundheitsinformationen; der adäquate Umgang mit den Informationen; die Fähigkeit eigene Interessen zu vertreten; und die Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsfragen (Kramer, 2016).

Gesundheitskompetenz ist somit keine angeborene, sondern erlernbare Eigenschaft, welche sich aus kognitiven Fähigkeiten, Lebenserfahrung, Wissen und Möglichkeiten zusammensetzt. Im Zentrum von Gesundheitskompetenz stehen 4 Kernschritte: Informationen finden beziehungsweise sich Zugang zu verschaffen, sie zu verstehen, sie zu beurteilen und sie anzuwenden. In speziellen Situationen oder bei bestimmten Zielgruppen (zum Beispiel bei Kindern) ist außerdem nicht nur die individuelle, sondern auch die Gesundheitskompetenz des Umfeldes beziehungsweise der Angehörigen von enormer Wichtigkeit. Gesundheitskompetenz ist dabei jedoch immer als dynamisches Konzept anzusehen, da sich durch Änderung beispielsweise der äußeren Gegebenheiten oder der individuellen Situation bis dahin erworbene Kompetenzen anpassen und ändern können.

Daher muss Gesundheitskompetenz immer vor dem Hintergrund der konkreten strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Gesundheitskompetentes Verhalten ist umso wahrscheinlicher, je besser die Strukturen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung sind und je besser das jeweilige Fachpersonal auf die persönliche Gesundheitskompetenz eines Individuums oder einer Gruppe eingehen kann. Als responsiv werden Systeme bezeichnet, welche die Informationen so gestalten, dass sie gleichermaßen zugänglich und nutzbar für Menschen mit unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz sind. Diese Aufgabe liegt in der Verantwortung von politischen Institutionen und der jeweiligen Gesundheitsorganisation (Bitzer, 2018).

### 1.2.2. Gesundheitskompetenz messen

Gesundheitskompetenz kann mit vielen unterschiedlichen Werkzeugen messbar gemacht werden. Hierbei unterscheidet man auf der einen Seite vor allem als Tests konzipierte Fragebögen, in denen Wissen abgefragt wird, und Fragebögen zur Selbsteinschätzung. Der Nachteil bei ersterem liegt vor allem an der stark eingeschränkten Akzeptanz der Befragten

und der drohenden (Selbst-)Stigmatisierung. Selbsteinschätzungsfragebögen hingegen haben insbesondere den Nachteil, dass häufig die Selbstwahrnehmung nicht ausreichend mit dem tatsächlichen Können korreliert (Bitzer, 2018).

Ein in der Europäischen Union entwickelter und auch häufig verwendeter Fragebogen ist der sogenannte HLS-EU-Q47. Dieser wurde im Rahmen der Health Literacy Survey der Europäischen Union (HLS-EU) von 2009-2012 entwickelt und auf seine Validität getestet. Q47 steht für insgesamt 47 Items in 12 Subdomänen zur Selbsteinschätzung bezüglich Gesundheitskompetenz. Außerdem wurden noch insgesamt 39 Items zu persönlichen Daten, Gesundheitsverhalten oder sozioökonomischem Hintergrund angefügt. Die erste HLS-EU Studie wurde mit circa 1000 Personen je Land in 8 Ländern der Europäischen Union – hierunter auch Österreich - durchgeführt. Insgesamt zeigte sich bei etwa 48% eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz und bei 52% eine ausreichende oder exzellente Gesundheitskompetenz. In Österreich zeigte sich ein etwas höherer Anteil von 56% an inadäquater oder problematischer Gesundheitskompetenz. Insbesondere Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand, niedrigem sozioökonomischen Hintergrund, niedrigem Ausbildungsstand und fortgeschrittenem Alter, zeigten eine niedrigere Gesundheitskompetenz (Sørensen, 2015).

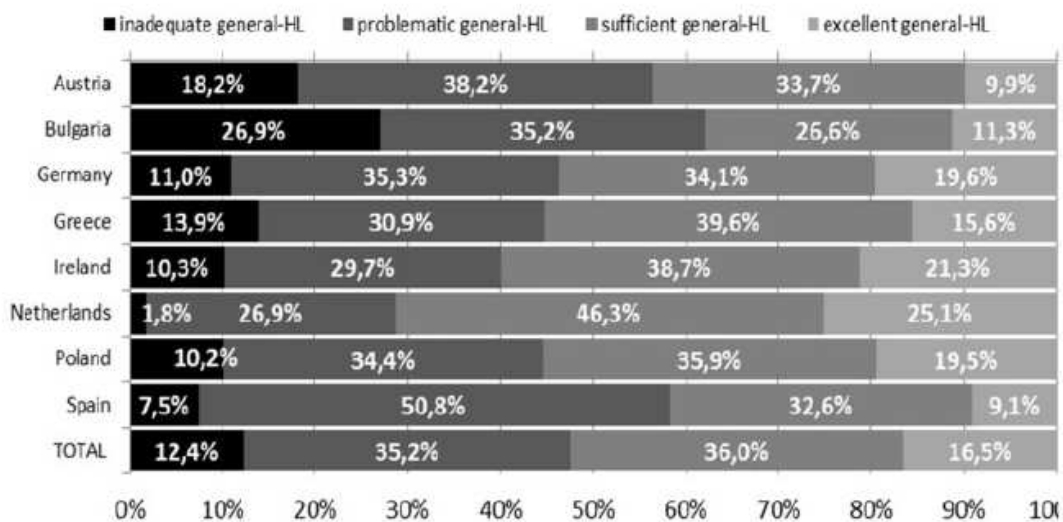


Abbildung 3: Levels der Gesundheitskompetenz nach Ländern (Sørensen, 2015)

2019-2021 wurde die Folgestudie HLS19 durchgeführt. Hierbei wurden insgesamt 42.000 Personen aus 17 Länder befragt, auch hierunter erneut Österreich. Neben dem HLS-Q47 Fragebogen wurden auch 2 Kurzfragebögen (HLS-Q16 und HLS-Q12) entwickelt und verwendet. In Österreich zeigte sich hierbei ein leichter Anstieg der Gesundheitskompetenz insbesondere im Bereich des Managements von Informationen in Bezug auf

Gesundheitsförderung sowie dem Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Etwa 15% der Österreicher\_innen haben Schwierigkeiten im Bereich der allgemeinen Gesundheitskompetenz. Hierbei zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit den sozialen Determinanten wie niedrigem sozioökonomischem Hintergrund, dem Alter, dem männlichen Geschlecht, niedrigem Ausbildungsstand und Personen auf Arbeitssuche. Rund 30% aller Österreicher\_innen haben Schwierigkeiten mit dem Gebrauch des Internets für Gesundheitsinformationen. Dies hängt vor allem mit einem fortgeschrittenen Alter, niedrigem Ausbildungsstand und niedrigem sozioökonomischen Hintergrund zusammen (Griebler, 2021). Eine genauere Definition der sozialen Determinanten findet sich zur besseren Verständlichkeit in Kapitel 1.3.1.

### 1.2.3. Gesundheitskompetenz von Gesundheitsberufen

Wie oben bereits beschrieben, zeigen die HLS-EU-Q47 und die HLS19-Studie auf, dass viele Menschen in Österreich über eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz verfügen. Menschen in Gesundheitsberufen und insbesondere auch Ärzt\_innen wird hierbei eine wichtige Rolle zuteil, nicht zuletzt da sie weiterhin zu den wichtigsten Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragen zählen. Um die Gesundheitskompetenz ihrer Patient\_innen zu fördern, müssen sie jedoch selbst auch in hohem Maße über die Fähigkeit verfügen, Informationen zu finden und zu verstehen und diese auch im Berufsalltag an die jeweiligen Patient\_innen weitergeben zu können. Außerdem spielt die Gesundheitskompetenz von Angehörigen der Gesundheitsberufe auch als individuelle Ressource zur Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit eine wichtige Rolle. Studien zeigen jedoch schon seit mehreren Jahren, dass aufgrund von sprachlichen und kommunikativen Hürden, aber auch zeitlichen und strukturellen Bedingungen, die Kommunikation mit Patient\_innen verbesserungswürdig ist. Dieser Umstand wird durch die mit der digitalen Transformation einhergehenden raschen und einfachen Verfügbarkeit und Verbreitung von Gesundheitsinformationen – Fehl-, Falsch- und Desinformation miteingeschlossen - weiter befeuert. Auch neues Fachwissen, aktuelle Studienbefunde und Erkenntnisse sind in einer gewaltigen Menge 24 Stunden am Tag verfügbar.

Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung auch diese – sogenannte professionelle - Gesundheitskompetenz messen zu können. 2022 haben die Länder Schweiz, Deutschland und Österreich eine Pilotstudie – in weiterer Folge HLS-PROF genannt – initiiert. Es wurde initial in einem Expert\_innengremium Items zur Befragung entwickelt, welche in weiterer Folge einer erneuten Überarbeitung nach Expert\_innenfeedback und schließlich einer

Testung der Validität unterlaufen sind. Es konnten insgesamt in allen 3 Ländern circa 6.500 Interviews in der Datenanalyse berücksichtigt werden. Ca. 50% aller Interviews wurden in Österreich durchgeführt. Es wurden Ärzt\_innen, Pflegefachkräfte, Physiotherapeut\_innen und Apotheker\_innen befragt. Zur Auswertung wurden alle Punktwerte („sehr schwierig“ = 1, „eher schwierig“ = 2, „weder einfach noch schwierig“ = 3, „eher einfach“ = 4, „sehr einfach“ = 5) auf einer Skala von 0 bis 100 aufsummiert (HLS-PROF Konsortium, 2023). Im Zentrum der Studie stehen professionelles Wissens- und Informationsmanagement, Wissens- und Informationsvermittlung, patient\_innenzentrierte Kommunikation und professionelle digitale Gesundheitskompetenz. Insbesondere schwierig erwies sich hierbei in allen drei Ländern die professionelle digitale Gesundheitskompetenz mit Punktwerten von 45 bis 55. Im Bereich der Informations- und Wissensvermittlung zeigten sich Werte im Bereich von 60 bis maximal 67. Im Bereich Informations- und Wissensmanagement streuten die Punktwerte im Durchschnitt von 60 bis max. 71, hierbei schnitten insgesamt Ärzt\_innen mit >65 Punkten am besten ab. Im Bereich der patient\_innenzentrierten Kommunikation schnitten alle Länder am besten ab mit Punktwerten von 70 bis 81. Hervorzuheben hierbei sind vor allem Physiotherapeut\_innen, welche die höchsten Werte erzielt haben. Der untenstehenden Grafik können die Punktwerte der unterschiedlichen Aufgabenbereiche der befragten österreichischen Gesundheitsberufe entnommen werden (De Gani, 2023; Griebler, 2023; Schaeffer, 2023).

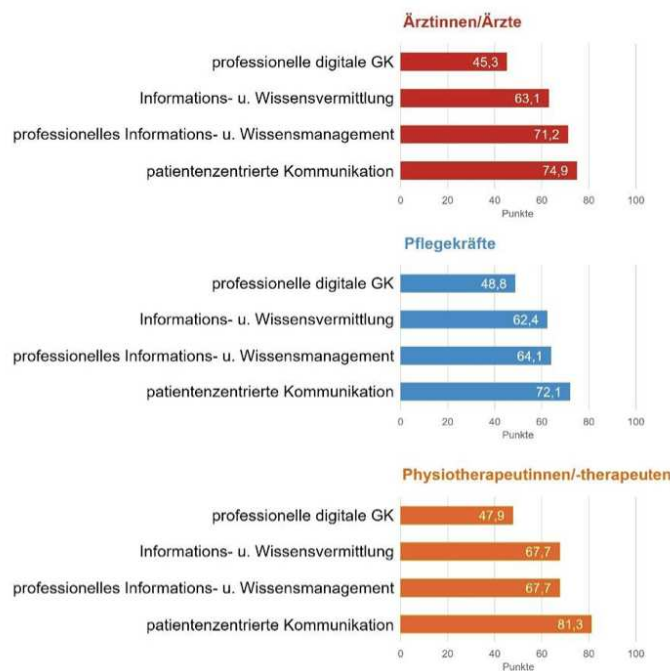


Abbildung 4: Scores zu den Aufgabenbereichen der professionellen Gesundheitskompetenz in Österreich, Wertebereich 0 bis 100 Punkte (Griebler, 2023)

Außerdem erfragt wurde die Vorbereitung durch die Ausbildung in allen 4 Aufgabenbereichen. Besonders kritisch hervorzuheben, sind hierbei die Ärzt\_innen in Österreich, welche zu einem Drittel angaben, sehr schlecht oder eher schlecht auf das professionelle Informations- und Wissensmanagement, zu 60% sehr schlecht oder eher schlecht auf Aufgaben der Informations- und Wissensvermittlung und zu 59% sehr schlecht oder eher schlecht auf Kommunikation mit Patient\_innen vorbereitet worden zu sein. Pflegefachkräfte und Physiotherapeut\_innen in Österreich bewerteten sich in allen drei Kategorien zu 25-30% als sehr schlecht oder eher schlecht vorbereitet. Dies ist insbesondere relevant, da eine positive Korrelation zwischen Vorbereitung in der Ausbildung und selbsteingeschätzter professioneller Gesundheitskompetenz besteht (Griebler, 2023).

#### 1.2.4. Gesundheitskompetenz von Medizinstudierenden

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, benötigen Angehörige von Gesundheitsberufen ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz. Außerdem scheinen Ärzt\_innen in Österreich nicht das Gefühl zu haben, ausreichend in ihrer Ausbildung auf das Thema Gesundheitskompetenz vorbereitet worden zu sein (Griebler, 2023).

2019 wurden etwa 400 Studierende in Gesundheitsberufen in Nepal, wobei etwa 2/3 hiervon Medizinstudierende waren, mittels einer Online-Version vom HLS-Q47 in 9 verschiedenen Ebenen befragt. Medizinstudierende wiesen in 8 von 9 Ebenen einen höheren Punktwert, verglichen mit Studierenden der anderen Gesundheitsberufe (subsummiert aus Zahnmedizin, Pflegewissenschaften und Public Health), auf (Budhathoki, 2019).

Eine dänische Studie hat Bachelor- und Masterstudierende in den Studiengängen Molekularbiologie, Public Health, Gesundheitsinformatik und Medizin befragt. Hierbei zeigte sich die höchste Gesundheitskompetenz bei Studierenden von Public Health und die niedrigste bei Studierenden der Molekularbiologie (Elsborg, 2017).

In einer australischen Studie zeigte sich bei Studierenden der Medizin, der Pflege, der Bewegungs- und Ernährungswissenschaften, in 7 von 9 Dimensionen eine höhere Gesundheitskompetenz bei Medizinstudierenden (Mullan, 2017).

Eine Studie in Jordanien an einer öffentlichen Universität inkludierte neben Gesundheitsberufen auch andere Studienrichtungen. Hierbei zeigte sich eine höhere Gesundheitskompetenz bei Studierenden von Gesundheitsberufen (Rababah, 2019).

Eine Studie an über 1000 Studierenden in Chongqing in China, zeigte kontrastierend eine höhere Gesundheitskompetenz von Studierenden des Ingenieurwesens verglichen mit Studierenden der Medizin (Zhang, 2016).

In einer deutschen Studie von 2021 wurden insgesamt circa 500 Anwärter\_innen von Gesundheitsberufen (Medizin, Pflegewissenschaften, Gesundheitsmanagement, Hebammen und Therapeut\_innen) befragt. Als Vergleichsgruppe wurde eine Gruppe von Berufsanwärter\_innen aus anderen nicht-gesundheitsspezifischen Fächern herangezogen. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Vergleichsgruppe und den Gesundheitsberufen. Medizinstudierende wiesen, im Vergleich zu Anwärter\_innen der anderen Gesundheitsberufe, eine leicht höhere Gesundheitskompetenz auf. Nur ein Drittel aller Befragten zeigte eine ausreichende Gesundheitskompetenz (Simon, 2021).

In einem systematischen Review von 2021 zu Gesundheitskompetenz von Studierenden aller Studienrichtungen wurden insgesamt 17 Studien inkludiert und analysiert. 5 Studien zeigten eine höhere Gesundheitskompetenz bei höherem Ausbildungsstand der Eltern, 3 Studien zeigten eine höhere Gesundheitskompetenz bei höherem sozioökonomischem Hintergrund. Insgesamt zeigten sich in einigen einzelnen Studien eine höhere Gesundheitskompetenz von Studierende in Gesundheitsberufen und Medizinstudierenden, allerdings schließt der Review, dass die Datenlage nicht dicht genug ist, um eine klare Aussage treffen zu können (Kühn, 2022).

### 1.2.5. Universitäre Ausbildung und Lehre von Gesundheitskompetenz

Die Notwendigkeit von Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von Anwärter\_innen von Gesundheitsberufen wurde bereits durch mehrere Studien belegt. In der Lehre handelt es sich vor allem um Ausbildung im Bereich der organisationalen Gesundheitskompetenz, diese stützt sich auf die 10 Attribute von gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisationen. Insbesondere hervorgehoben wird hierbei die Kommunikation mit Patient\_innen, weswegen die Lehre im Bereich Gesundheitskompetenz sich meist auf die professionelle Kommunikation fokussiert, andere Entitäten von Gesundheitskompetenz werden jedoch häufig vernachlässigt.

In einem systematischen Review von 2019 von Gesundheitskompetenz-Trainings in der Ausbildung von Gesundheitsberufen, zeigte sich bei der großen Mehrheit der insgesamt 28 inkludierten Studien positive Ergebnisse. Insbesondere bei mehrfachen Trainings und bei Verwendung von realen Settings zeigten sich die besten Effekte. Unklar ist jedoch weiterhin über welchen Zeitraum und zu welchem Zeitpunkt die Lehre bezüglich Gesundheitskompetenz erfolgen sollte (Saunders, 2019).

In einem systematischen Review von 2023 wurden insgesamt 23 Studien zu Lehren und Lernen von Gesundheitskompetenz in höherer, universitärer Ausbildung inkludiert. Die häufigsten Studienrichtungen, in welchen die Studien durchgeführt wurden, waren

Pharmazie und Medizin, mit insgesamt je 8 inkludierten Studien. 9 weitere Studien wurden bei Anwärtler\_innen von anderen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Public Health, Diätologie oder andere Therapeut\_innen, durchgeführt. Die meisten der Studien wurden in den USA durchgeführt, lediglich eine wurde in Kanada und eine in den Niederlanden umgesetzt. Der häufigste Lehrinhalt war Patient\_innenkommunikation, Identifikation von Patient\_innen mit niedriger Gesundheitskompetenz und Grundlagenwissen zu Gesundheitskompetenz (Røe, 2023).

### 1.2.6. Gesundheitskompetenz an medizinischen Universitäten in Österreich

Eine systematische Erhebung, wie sie bereits in anderen Ländern durchgeführt wurde, gibt es in Österreich bisher weder an Universitäten noch bei Anwärtler\_innen von Gesundheitsberufen.

In den Curricula der Humanmedizin der 4 öffentlichen Medizinischen Universitäten Österreichs in Graz, Innsbruck, Linz und Wien, findet sich in keinem das Schlagwort Gesundheitskompetenz (Medizinische Universität Graz, 2024; Medizinische Universität Wien, 2018; Medizinische Universität Innsbruck, 2024; Johannes-Kepler-Universität Linz, 2018a und 2018b).

Im aktuellen Curriculum der Medizinischen Universität Graz (MUG) wird im Qualitätsprofil für Studierende der Humanmedizin „Gesundheitskommunikator“ und „Gesundheitsberater“ als Qualität aufgezeigt. Um dies zu erreichen, scheint eine Seminarübung „Basics der professionellen ärztlichen Gesprächsführung“ mit 1 ECTS vorgesehen zu sein. Eine genauere Beschreibung der Seminarübung ist im Curriculum nicht vorhanden. Anzunehmen ist außerdem, dass im Modul „Sozial-, Familien und Präventivmedizin“ mit 6 ECTS auch das Thema Gesundheitskompetenz behandelt wird, klare Inhalte sind leider nicht dargestellt (Medizinische Universität Graz, 2024).

Im Curriculum der Medizinischen Universität Wien (MUW) findet sich im Qualitätsprofil ebenfalls die Qualität „Kommunikative Kompetenzen“. Außerdem findet sich eine Übung „Soziale Kompetenzen“ mit 2 ECTS und 3 Übungen „ärztliche Gesprächsführung“ mit insgesamt 4,5 ECTS. Im Modul „Public Health“ mit 6,5 ECTS ist außerdem anzunehmen, dass das Thema behandelt wird, leider sind die Inhalte jedoch nicht näher im Curriculum dargestellt (Medizinische Universität Wien, 2018).

Im Curriculum der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) findet sich eine Vorlesung „Professionelle und interprofessionelle Kommunikation“ mit 0,5 ECTS und drei Übung

„Ärztliche Gesprächsführung“ mit insgesamt 2 ECTS (Medizinische Universität Innsbruck, 2024).

Im Curriculum der Johannes-Kepler-Universität in Linz des Bachelorstudiums Medizin findet sich je nach Studienort in Graz, wie oben bereits erwähnt, die Seminarübung „Basics der professionellen ärztlichen Gesprächsführung“ mit 1 ECTS, oder Studienort in Linz die 4 Übungen „Ärztliche Gesprächsführung und Untersuchungskurs“ zu insgesamt 4 ECTS. Im Qualitätsprofil des Bachelorstudiums findet sich ebenfalls „Kommunikativen Kompetenzen“, im Masterstudium findet sich „Professionelle Gesprächsführung“. Im Masterstudium ist keine weitere Übung oder Vorlesung zu Kommunikation oder Gesundheitskompetenz zu finden (Johannes-Kepler-Universität Linz, 2018a und 2018b).

Insgesamt finden sich also aus dem Bereich der Gesundheitskompetenz in allen 4 Universitäten „Kommunikative Kompetenz“ in unterschiedlicher Ausprägung und Umfang. Andere Gebiete der Gesundheitskompetenz, wie beispielsweise Identifikation von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz oder Grundlagen der Gesundheitskompetenz finden sich in keinem Studienplan.

### **1.3. Gesundheitsförderung**

#### **1.3.1. Definition und Geschichte der Gesundheitsförderung**

Unter Gesundheitsförderung versteht man Maßnahmen, welche auf den Erhalt beziehungsweise auf die Stärkung von Gesundheit durch Verbesserung der Voraussetzungen für Gesundheit im persönlichen, aber vor allem auch im sozialen Umfeld und in den Lebenswelten, abzielen. Sie strebt an, personale (beispielsweise physische Konstitution, emotionale Ressourcen, Resilienz, Bildung), soziale (beispielsweise soziale Bindungen, Netzwerke, gesellschaftlicher Zusammenhalt) und materielle Ressourcen (Einkommen und Vermögen) für Gesunderhaltung zu stärken. Gesundheitsförderung beruht auf dem salutogenetischen Ansatz. Die Salutogenese beschäftigt sich mit Faktoren, welche den Menschen gesund erhält, im Gegensatz zur Pathogenese, welche sich mit Faktoren beschäftigt, die den Menschen krankmacht. Krankheitsprävention befasst sich entsprechend mit Aktivitäten, welche das Ziel haben, Erkrankung zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (Klemperer, 2020).

Die Geschichte der Gesundheitsförderung beginnt bereits im 19. Jahrhundert in der Zeit der „Sozialhygiene“ und „sanitären Reformen“. Entstanden aus den ersten Ansätzen der „öffentlichen Gesundheitspflege“ (Public Health) entwickelte sich die Idee der gesundheitlichen Aufklärung oder „Gesundheitserziehung“. Die Themen der

Gesundheitserziehung waren eng mit übertragbaren Erkrankungen verbunden. In der zweiten Phase der Entwicklung der Gesundheitsförderung wurde die Aufmerksamkeit auf Lebens- und Verhaltensweisen der Bevölkerung gelenkt. Die Grundidee hierbei war, dass Menschen mit Methoden der Überzeugung oder Massenkommunikation zu Veränderung ihres Verhaltens motiviert und ihnen die Kompetenzen für ein gesünderes Leben vermittelt werden können. Gesundheitserzieher\_innen können somit als „Informationsgeber\_innen“ angesehen werden (Naidoo, 2019).

1974 finden sich in einem Bericht der kanadischen Regierung „A new perspective on the health of the Canadians“ bereits moderne Ideen zu Gesundheitsförderung. Wie bereits in Punkt 1.1.1 erwähnt wurde in der „Declaration of Alma-Ata“ von 1978 Primärversorgung und damit auch Gesundheitsförderung zu Kernelementen der Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ gemacht. Die Weiterentwicklung der Alma-Ata-Erklärung in Bezug auf Gesundheitsförderung stellt die Ottawa-Charta von 1986 dar. Sie wurde durch die erste Internationale Konferenz zu Gesundheitsförderung verabschiedet und verstand sich als Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Die Charta beruht auf insgesamt 3 Handlungsstrategien und 5 Handlungsfeldern.

Die Handlungsstrategien sind:

- *„Advocacy“ oder Interessen vertreten:* Für Gesundheit aktiv eintreten durch Beeinflussung von politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
- *„Enable“ oder befähigen und ermöglichen:* Förderung von Kompetenzen und Empowerment mit dem Ziel selbstständig das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu verwirklichen und die Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern.
- *„Mediate“ oder vermitteln und vernetzen:* Koordinierte aktive und dauerhafte Kooperation der Beteiligten innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, insbesondere im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.

Die Handlungsfelder sind:

- *Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren.* Fördernde und möglicherweise hindernde Faktoren für Gesundheit in allen Politiksektoren müssen identifiziert und überwunden werden.
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen.* Systematisch die gesundheitlichen Folgen durch Veränderungen der Umwelt – insbesondere in den Bereichen

Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – erfassen, um so unterstützende Umweltbedingungen als Grundlage für eine sozial-ökologische Gesamtstrategie für Gesundheit zu entwickeln.

- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen.* Die Unterstützung und Stärkung von Aktivitäten von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne der Selbstbestimmung und autonomen Gestaltung der eigenen Gesundheitsbelange ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung.
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln.* Unterstützung der Entwicklung von persönlichen und sozialen Fertigkeiten, die für eine gesunde Lebensweise nötig sind. Hierbei geht es um lebenslanges Lernen, welches sowohl in den Schulen als auch zu Hause, in den Gemeinden, im öffentlichen Leben und am Arbeitsplatz stattfinden soll.
- *Gesundheitsdienste neu orientieren.* Es soll ein Versorgungssystem entstehen, welches über die medizinisch-kurativen Leistungen hinausgeht und auf die Stärkung von Gesundheit ausgerichtet ist. Gesundheitsförderung, eine stärkere Berücksichtigung der psychosozialen Dimension von Krankheit und eine Orientierung an den psychischen, sozialen und seelischen Bedürfnissen sollen integriert werden.

Um die Ansätze der Gesundheitsförderung zu verstehen, ist es außerdem wichtig die sozialen Determinanten der Gesundheit zu verstehen. Als soziale Determinanten werden die Unterschiede der Lebensumstände und der Lebensweise bezeichnet. Das wohl bekannteste Modell zu sozialen Determinanten wurde von Dahlgren-Whitehead 1991 entwickelt. Es umfasst individuelle Faktoren, wie Genom, Geschlecht oder Alter, das individuelle Gesundheitsverhalten, die sozialen und kommunalen Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (Klemperer, 2020; Dahlgren, 1991).

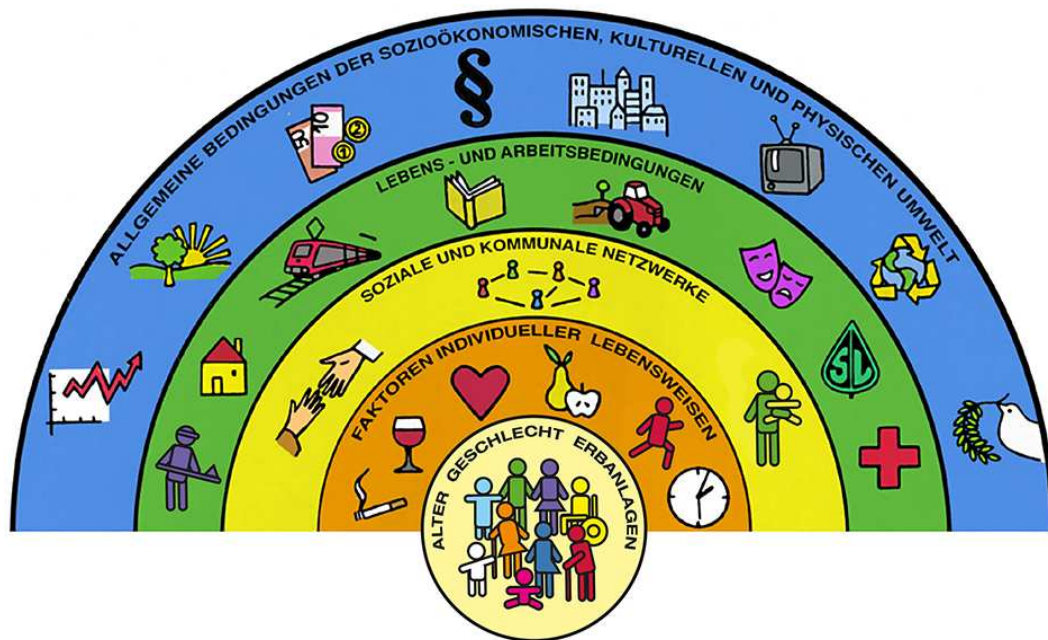


Abbildung 5: Soziale Determinanten der Gesundheit (Fonds Gesundes Österreich, nach Dahlgren, G., Whitehead, M., 1991)

Gesundheit wird also nicht nur durch individuelle Entscheidungen, sondern durch umweltbezogene Faktoren maßgeblich beeinflusst. Dieses Prinzip wird auch in der Ottawa-Charta betont. Insgesamt werden hier einerseits Maßnahmen verfolgt, um mehr Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten entwickeln und so eine höhere Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erlangen zu können. Auf der anderen Seite wird auch der sogenannte „Lebenswelt-Ansatz“ verfolgt. Gesundheit soll von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt werden (Klemperer, 2020; WHO, 1986).

Unter Gesundheitsförderung werden viele verschiedene Tätigkeiten zusammengefasst, welche teilweise auch nur schwer von Maßnahmen der Krankheitsprävention abgegrenzt werden können. Hierbei handelt es sich um medizinische/krankheitspräventive Ansätze; Ansätze der Verhaltensänderung; der Gesundheitsaufklärung und der sozialen und politischen Veränderung. Grundprinzip ist jedoch immer, dass nicht die Expert\_innen, sondern die Menschen selbst die Gesundheitsprobleme definieren, welche für sie und ihre Umwelt relevant sind (Naidoo, 2019).

### 1.3.2. Gesundheitsförderung in Österreich

Seit Anfang der 1990er wird in Österreich Gesundheitsförderung auch im gesetzlichen Rahmen berücksichtigt. Seit 1992 gehört Gesundheitsförderung zu den Pflichtaufgaben der Sozialversicherungsträger. Hierbei konzentrierten sich die Sozialversicherungsträger insbesondere auf Ansätze im Setting Schule/Betrieb und auf individuelle

Präventionsmaßnahmen. Seit 1997 ist Gesundheitserziehung in den Schulen verpflichtend. Ein Meilenstein war das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998, in welchem grundlegende Strategien zum Strukturaufbau im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention; Entwicklung von Programmen und Angeboten in Settings; Information und Beratung; wissenschaftliche Programme und Evaluierung zur Weiterentwicklung der Praxis festgelegt wurden. Die Grundlage für das Gesundheitsförderungsgesetz bildete die Ottawa-Charta. In der Gesundheitsreform 2013 waren die 10 Gesundheitsziele, welche richtungsweisend für die nächsten 20 Jahre Gesundheitspolitik sein sollten, ein zentraler Bestandteil. Die 10 Gesundheitsziele berufen sich auf das Grundprinzip „Health in All Policies“ und decken eine breite Vorstellung von „Gesundheit für alle“ ab.

Die 10 Gesundheitsziele lauten:

- Gesundheitsziel 1: Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen.
- Gesundheitsziel 2: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen.
- Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.
- Gesundheitsziel 4: Luft, Wasser, Boden und alle Lebensräume für künftige Generationen sichern.
- Gesundheitsziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.
- Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten.
- Gesundheitsziel 7: Gesunde Ernährung für alle zugänglich machen.
- Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern.
- Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit fördern.
- Gesundheitsziel 10: Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen.

Seit 2013 entwickeln parallel dazu mehrere Arbeitsgruppen konkrete Strategie- und Maßnahmenkonzepte für die einzelnen Ziele. Eine Evaluation soll parallel zur Entwicklung und Umsetzung der Ziele erfolgen.

Von 2013 bis 2022 wurden insgesamt 120 Millionen in die Gesundheitsförderungsfonds aus den Mitteln der Sozialversicherungen eingebracht, weitere 20 Millionen wurden durch die Länder zur Verfügung gestellt.

In den 1970er Jahren entstand der Fond Gesundes Österreich (FGÖ) als Organisation, 1998 wurde dieser mit der Umsetzung des Gesundheitsförderungsgesetzes beauftragt. 2006 wurde

die Gesundheit Österreich GmbH per Bundesgesetz gegründet und der FGÖ eingegliedert. Alleingesellschafter ist der Bund, vertreten durch den die Gesundheitsminister in. 2022 wurden 3 neue Kompetenzzentren durch den FGÖ, die sich der systematischen Entwicklung von Gesundheitsförderung widmen, gegründet.

In allen Bundesländern, außer dem Burgenland, gibt es außerdem lokale Gesundheitsförderungseinrichtungen, wie beispielsweise Styria vitalis (Steiermark) oder die Wiener Gesundheitsförderung WIG (Wien).

Auch auf europäischer Ebene werden durch die „Aufbau und Resilienzfähigkeit“ der europäischen Kommission Mittel zur Verfügung gestellt, um Europa nachhaltig zu stärken. In Österreich werden mit den Mitteln aktuelle Vorhaben zur Stärkung der Gesundheit und Gesundheitsförderung, wie beispielsweise das Roll-out des Projektes „Frühe Hilfen“ oder das Leuchtturmprojekt „Community Nursing“, umgesetzt (Rohrauer-Näf, 2022).

Der letzte Bericht zu Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich von 2019 der GÖG beziffert die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention auf 2.441 Millionen Euro im Berichtsjahr 2016, dies entspricht 280€ pro Kopf der Bevölkerung. Unter Weglassung der Tertiärprävention – namentlich Rehabilitation – ergeben sich Gesamtausgaben von 899 Millionen Euro oder 103€ pro Kopf der Bevölkerung. Gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben für das Jahr 2016 entspricht dies 8,9% beziehungsweise 3,3% unter Weglassung der Tertiärprävention. 87% der Mittel wurden durch die Sozialversicherungsträger gestellt. Im Bereich der Gesundheitsförderung, sind es jedoch nur ein Drittel der Mittel, welche durch Sozialversicherungsträger gestellt werden, 40% durch Bundesländer, 14% durch den Bund und 9% durch die Gemeinden.

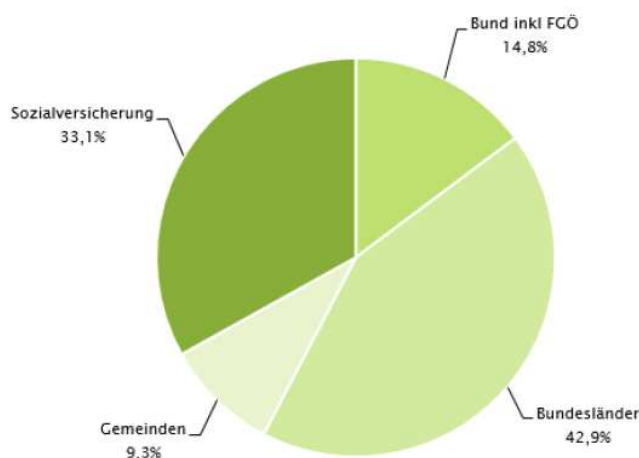


Abbildung 6: Anteile der Körperschaften an den Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich (in Prozent), 2016 (BMASGK, 2019)

70% der gesamten Ausgaben wurden für Tertiärprävention und je 13% für Primär- und Sekundärprävention aufgewendet. Einer Abbildung der TOP-10-Themen für Gesundheitsförderung und Prävention, kann untenstehend entnommen werden, dass alle Themen der Prävention entstammen.

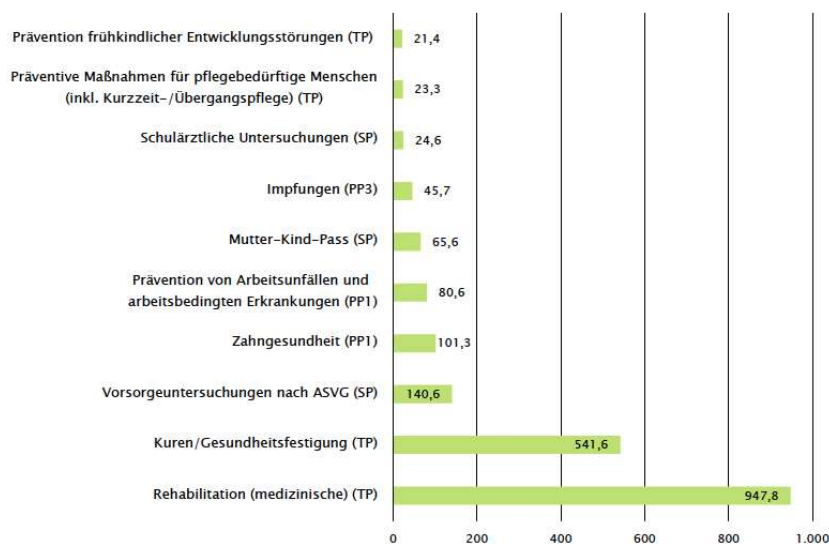


Abbildung 7: Top 10 Themen bei den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich (in Mio. Euro), 2016 (BMASGK, 2019)

3,2% oder circa 70 Millionen Euro (entsprechend knapp 9€ pro Kopf der Bevölkerung) der Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention wurden für Gesundheitsförderung aufgewendet. Die meisten gemeldeten Ausgaben wurden für Gesundheitsinformation/-kompetenz, Setting gesunde Schulen und im kommunalen Setting aufgebracht. Im Beobachtungszeitraum 2012-2016 zeigt sich ein Ausgabenzuwachs von 21% für Gesundheitsförderung und Prävention (BMASGK, 2019).

### 1.3.3. Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung messen

Zentraler Bestandteil der Rahmenstrategie „Gesundheit für alle 2020“ der WHO für die europäische Region war einerseits der Ausbau der Gesundheitsbildung und der Gesundheitsförderung und andererseits die entsprechende Qualifizierung der beruflichen Akteur\_innen. 2009 wurde die IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) mit der Entwicklung einer gemeinsamen Plattform und einer Akkreditierung von Studiengängen für Gesundheitsförderung auf Basis von gemeinsamen Kernkompetenzen beauftragt. Hieraus hat sich das CompHP-Rahmenkonzept mit insgesamt 11 Kernkompetenzen entwickelt, diese Kompetenzen können aus der untenstehenden Graphik entnommen werden.

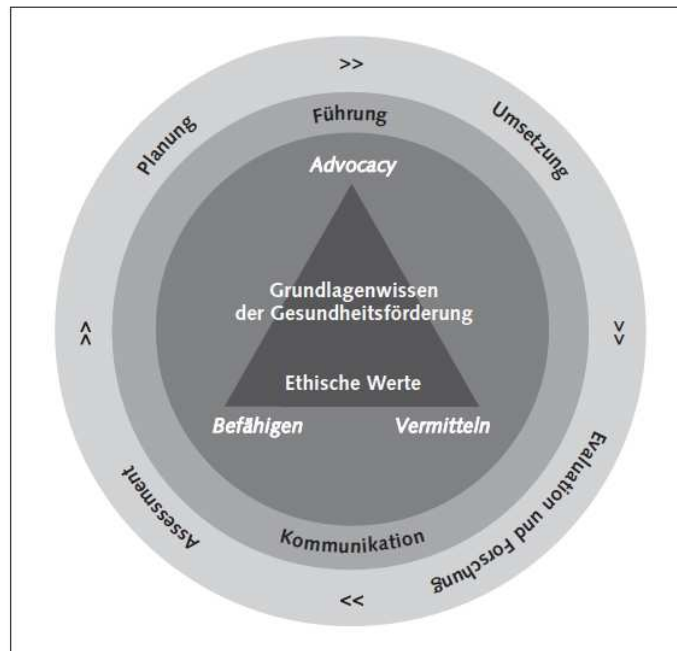


Abbildung 8: CompHP-Kernkompetenzen der Gesundheitsförderung (Barry, 2014)

Diese Kernkompetenzen wurde außerdem zur Entwicklung von professionellen Standards mit verschiedenen Sub-Kompetenzen und Indikatoren (erforderliche Grundkenntnisse, Fähigkeiten und Leistungskriterien) versehen. Zusätzlich konnte noch ein Rahmenkonzept zur Akkreditierung von Aus- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheitsförderung zur Sicherstellung eines qualitativ guten Prozesses erstellt werden (Barry, 2014).

Hierbei hat sich in weiterer Folge die Notwendigkeit der Etablierung eines Assessment Tools in Form eines kurzen Selbsteinschätzungsfragebogens gezeigt. Das Ziel war nicht alle Sub-Kompetenzen zu erfragen, jedoch sollten alle Kernkompetenzen abgedeckt werden. Ausgangspunkt für den Fragebogen war die deutsche Fassung des CompHP-Handbuchs. Zur besseren Verständlichkeit wurde unter der jeweiligen Kernkompetenz teilweise kurze Beschreibungen hinzugefügt. Hieraus entstanden 11 Items, welche mittels einer 6-stufigen Skala bewertet werden. Das Tool wurde dann mit Expert\_innen im Feld Gesundheitsförderung diskutiert und nochmals angepasst. Der Fragebogen wurde auf Augenscheinvalidität, Konstruktvalidität und -reliabilität, prognostische und diagnostische Validität getestet (Lang, 2021). Der Fragebogen wird unter anderem für die Befragung der Medizinstudierenden in der vorliegenden Arbeit verwendet und wird daher nochmals in Punkt 2.1. beleuchtet.

#### 1.3.4. Gesundheitsförderung an Universitäten in Österreich

Auch Hochschulen stellen, ähnlich wie Schulen oder der Arbeitsplatz, ein Setting für Gesundheitsförderung dar. Es ist einerseits der Ort an dem Studierende als zukünftiges

akademisches Personal geprägt werden und andererseits auch ein Arbeitsplatz für viele Mitarbeiter\_innen. Bereits 1995 hat sich in Deutschland der „Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen“ gebildet. Hieraus hat sich 2007 der „Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest“ als Zusammenschluss in der D-A-CH-Region (Deutschland, Österreich, Schweiz) entwickelt. 2009 hat sich dann das „Netzwerk Gesundheitsfördernde Hochschulen Österreich“ gebildet. Ausgangspunkte für das Netzwerk sind einerseits die Ottawa-Charta (1986) und andererseits die Okanagan-Charta für gesundheitsfördernde Hochschulen (2015). Zur Orientierung der Hochschulen wurde 2005 (2020 neu überarbeitet) „Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule“ entwickelt. Hierbei wird beispielsweise die Verankerung von Gesundheitsförderung in der Hochschulorganisation und -politik, die Orientierung am Konzept der Salutogenese und die Formulierung von Maßnahmen und Zielen festgelegt (Bonse-Rohmann, 2023; Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen Österreich, o.D.a).

Laut Website des „Netzwerks Gesundheitsfördernde Hochschulen Österreich“ sind aktuell 20 Universitäten - hierunter die Johannes-Kepler-Universität Linz, die Medizinische Universität Innsbruck und die Medizinische Universität Wien -, 12 Fachhochschulen und 2 pädagogische Hochschulen Mitglieder (Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen Österreich, o.D.b).

Im Curriculum der Medizinischen Universität Graz und im Studienplan der Medizinischen Universität Innsbruck für Humanmedizin findet sich keine Erwähnung von Gesundheitsförderung (Medizinische Universität Graz, 2024; Medizinische Universität Innsbruck, 2024). Im Curriculum der Medizinischen Universität Wien findet sich im Qualifikationsprofil Gesundheitsförderung zweimal. Im Curriculum des Masters Humanmedizin der Johannes-Kepler-Universität Linz findet sich im Qualifikationsprofil der Begriff Gesundheitsförderung einmal, im Bachelor Humanmedizin findet sich keine Erwähnung (Medizinische Universität Wien, 2018; Johannes-Kepler-Universität Linz, 2018a und 2018b).

#### **1.4. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung**

Um das Niveau und die Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung zur verbessern, ist es unter anderem notwendig Public-Health-Services in Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung einzugliedern, konkret handelt es sich um Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz. Das

Primärversorgungsgesetz und der Österreichische Strukturplan Gesundheit sehen diese Aufgaben für Primärversorgungseinheiten in Österreich vor. Hierbei ist laut der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) vor allem die Orientierung der Primärversorgung hin zu Gesundheit und damit zu den persönlichen, materiellen und sozialen Ressourcen der Patient\_innen, aber auch der Mitarbeiter\_innen und der regionalen Bevölkerung wichtig. Hierbei soll es nicht vorwiegend um ergänzende Maßnahmen zur täglichen Krankenversorgung, sondern um die Einbindung der drei Kernkompetenzen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz in die Krankenversorgung, gehen. Insbesondere die Kommunikation mit Patient\_innen wird als wichtig hervorgehoben.

Eine an Gesundheitsförderung orientierte Gesundheitseinrichtung wird durch folgende Merkmale ausgezeichnet:

- Das Leitungsteam unterstützt die Orientierung an Gesundheitsförderung.
- Der Gesundheitsförderungsbedarf wird durch das Team erhoben und entsprechende Maßnahmen werden eingeleitet.
- Die Gesundheit der Mitarbeiter\_innen wird gefördert.
- Die Gesundheitseinrichtung ist vernetzt mit regionalen Gesundheitsförderungseinrichtungen.

Eine gesundheitskompetente Gesundheitseinrichtung, „ist eine Einrichtung, die ihren Patientinnen/Patienten bzw. ihren Nutzerinnen/Nutzern die Suche, das Verständnis, die Beurteilung und Anwendung von Gesundheitsinformationen erleichtert. Sie zielt darauf ab, eigene Produkte und Dienstleistungen einfacher verständlich und nutzbar zu machen und Barrieren, die die Orientierung oder Navigation in der Gesundheitseinrichtung erschweren, zu reduzieren“ (vgl. ÖPGK, 2019). Durch die ÖPGK wurden 8 Standards einer gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtung definiert:

- Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz einführen.
- Materialien und Angebote unter Einbeziehung der Zielgruppe entwickeln und evaluieren.
- Mitarbeiter\_innen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient\_innen schulen.
- Eine unterstützende Umwelt schaffen (barrierefreie Kontaktaufnahme).
- Gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient\_innen.

- Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Patient\_innen und ihren Angehörigen über den Besuch hinaus.
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter\_innen.
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Region.

Zur fortlaufenden Qualitätsverbesserung der Maßnahmen soll außerdem, entsprechend dem Public Health Action Cycle mit den 4 Phasen (Ist-Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation der Maßnahmen), eine regelmäßige Anpassung der nach Ist-Analyse durchgeführten Maßnahmen erfolgen. Dies kann beispielsweise im Rahmen von Teambesprechungen oder in Kleingruppen mit Patient\_innen erfolgen (ÖPGK, 2019).

Die Sozialversicherungsträger stellen in der Infomappe zu Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz, eine Vielzahl an möglichen Maßnahmen für Primärversorgungseinheiten in allen drei Bereichen zur Verfügung. Aus dieser kann der Ablauf, bereits vorbestehende Materialien, Ressourceneinsatz und der jeweilige Kontakt entnommen werden. Beispiele für Projekte im Bereich der Krankheitsprävention sind Sturzprävention oder Raucher\_innenkurzberatung. Beispiele für Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung sind betriebliche Gesundheitsförderung, systematische Ermittlung von Lebensstil und Gesundheitsrisiken mittels Fragebogen oder „Social Prescribing“. Beispiele für Projekte rund um Gesundheitskompetenz sind die Initiative „3 Fragen für meine Gesundheit“, informierte Impfscheidung oder „Gemeinsam entscheiden“. Außerdem vorgestellt werden viele bundesweite Maßnahmen wie beispielsweise die „Frühen Hilfen“, „Richtig Essen von Anfang an!“, „Bewegt im Park“, „Rauchfrei Telefon“ und viele mehr (Rojatz, 2023).

Im österreichischen Raum gibt es, vermutlich insbesondere aufgrund der Neuheit des Konzeptes von Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten, bisher noch keine Datenlage zur Effektivität von einzelnen Interventionen in Primärversorgungseinheiten. Es wurde jedoch bereits durch vielfache Studien die Effektivität in der Reduktion der Gesundheitsrisiken durch Intervention bei beispielsweise Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Depression, Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen belegt. Ein sehr rezenter Review von 2024 analysierte 42 Studien bei gesunden Individuen. Intervention wurde insbesondere zu kardiovaskulärer Gesundheit, physischer Aktivität und Alkoholkonsum gesetzt. In allen drei Gebieten konnte in einer Mehrheit der Studien gezeigt werden, dass auch gesunde Individuen von den Interventionen profitieren konnten. Bei physischer Aktivität gab es sogar Studien, welche zeigten, dass

gesunde Individuen über einen längeren Zeitraum eine bessere Adhärenz zu den Interventionen verglichen mit Individuen mit Risikofaktoren zeigten (Bisak, 2024).

Insgesamt konnte also bereits durch vielerlei Studien das Potential von gesundheitsförderlichen und die Gesundheitskompetenz stärkenden Interventionen in der Primärversorgung gezeigt werden. Dies erscheint gerade auf das interprofessionelle Konzept der Primärversorgungseinheiten optimal übertragbar zu sein.

#### 1.4.1. Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenz am Beispiel einer Primärversorgungseinheit (MEDIUS, Graz/Steiermark)

Um die Möglichkeiten von gesundheitsförderlichen und die Gesundheitskompetenz stärkenden Projekten in einer Primärversorgungseinheit besser darzustellen, erfolgt beispielhaft eine Beschreibung von Maßnahmen und Interventionen, welche durch eine Primärversorgungseinheit in Graz/Steiermark in den Jahren 2022 und 2023, gesetzt wurden. Die Daten wurden von der Primärversorgungseinheit selbst zusammengefasst und zur Verfügung gestellt. Eine genaue Auflistung aller Interventionen und Maßnahmen findet sich außerdem im Anhang 2.1 und 2.2.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 17 Interventionen und Maßnahmen dokumentiert. 8 wurden als Kurs beziehungsweise Schulung für Menschen mit Risikofaktoren zu den Themen Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, physische Inaktivität, chronische Erkrankungen und Sturzprävention, durchgeführt. 2 Workshopreihen zum Thema „Rauchfrei in 6 Wochen“ und insgesamt 3 Workshops zu den Themen Ernährung im Kindesalter und chronische Erkrankungen wurden darüber hinaus durchgeführt. Außerdem wurden 4 Projekte aus dem Themengebiet „Social Prescribing“, hierunter Spielenachmittage oder philosophische Spaziergänge, durchgeführt. Insgesamt wurden zumindest 56 Personen erreicht, es konnte jedoch nicht bei jeder Intervention die Teilnehmer\_innenanzahl gemessen werden. Der Zeitaufwand betrug gesamt etwa 200 Stunden (entsprechend 0,125 Vollzeitäquivalenz).

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 29 Interventionen und Maßnahmen dokumentiert. Es wurden 8 Kurse zu den Themen Hypertonie, Diabetes, Sturzprävention, Entspannung und Stress, durchgeführt. Es wurde die Workshopreihe „Rauchfrei in 6 Wochen“ fortgeführt und zweimal abgehalten. Außerdem erfolgte die Aufnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einem Aufwand von insgesamt knapp unter 70 Stunden und mehreren Workshops. Es wurden insgesamt 6 Vorträge beziehungsweise Vortragsreihen zu Themen wie mentaler Gesundheit, Brustkrebs, Bewusst Leben, Bewegung und Diabetes

organisiert und/oder beworben. Es wurden 3 Maßnahmen im Bereich „Social Prescribing“ durchgeführt. Der insgesamt Zeitaufwand betrug knapp unter 400 Stunden (entsprechend 0,25 Vollzeitäquivalenz). Es wurden zumindest 87 Personen erreicht, es konnte jedoch nicht bei jeder Intervention die Teilnehmer\_innenanzahl gemessen werden.

### **1.5. Problemstellung, Forschungsfrage und Zielsetzung**

Bereits in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (1986) wird im Handlungsfeld „Gesundheitsdienste neu orientieren“ klar darauf hingewiesen, dass es auch notwendig ist, insbesondere im Bereich Primärversorgung als Glied zwischen Gemeinden, Familien und individueller Personen zum Gesundheitssystem, Maßnahmen zu setzen (Klemperer, 2020). In Österreich wurde mittels Primärversorgungsgesetz und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit die Aufgaben Prävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz den Primärversorgungseinheiten zugeschrieben (Rojatz, 2023). Die Notwendigkeit des Ausbaus der Interventionen im Bereich Stärkung der Gesundheitskompetenz ergibt sich aus der klaren Datenlage, welche zeigt, dass in Österreich nur etwa ein Drittel aller Menschen eine ausreichende Gesundheitskompetenz aufweisen (Sørensen, 2015). Gleichzeitig geben besonders viele Ärzt\_innen in Österreich an, nicht ausreichend in der Ausbildung auf Themengebiete wie Gesundheitskompetenz vorbereitet worden zu sein (Griebler, 2023). Ärzt\_innen sind jedoch als elementarer Bestandteil des Gesundheitssystems, ähnlich wie andere Angehörige des Gesundheitssystems, besonders wichtig um Patient\_innen im Bereich Gesundheitskompetenz und -förderung optimal unterstützen zu können.

Aus diesen Gegebenheiten stellt sich einerseits die Frage nach dem Wissensstand von Medizinstudierenden im Bereich Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung, andererseits aber auch die Frage, nach der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheitskompetenz und der Veränderung des subjektiven Wissenstandes bezüglich Gesundheitsförderung nach Kontakt mit einer PVE im letzten Studienjahr.

Hieraus ergibt sich die folgende Hauptforschungsfrage:

*Werden Medizinstudierende durch den Kontakt zu einer PVE oder einem PVN in Österreich in Bezug auf Wissen oder Kompetenz bezüglich Gesundheitsförderung positiv beeinflusst?*

Weiters ergibt sich die Nebenforschungsfrage:

*Schätzen sich Medizinstudierende im letzten Studienjahr selbst als ausreichend gesundheitskompetent ein?*

Ziel der Arbeit ist es Medizinstudierende in ihrem letzten Studienjahr (Klinisch Praktisches Jahr) durch eine Online-Befragung vor und nach einem 4-wöchigen Praktikum in einer Primärversorgungseinheit im Rahmen des Tertials „Allgemeinmedizin“ mittels validierter Fragebögen zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu befragen.

## 2. Materialien und Methoden

### 2.1. Fragebögen

Für die Befragung wurde ein Vorher- und ein Nachher-Fragebogen erstellt.

Der Vorher-Fragebogen wurde in insgesamt 4 Teile gegliedert. Er sollte innerhalb der ersten 3 Tage eines Praktikums in einer Primärversorgungseinheit ausgefüllt werden. Im ersten Teil wurden soziodemographische Merkmale, wie Alter; Geschlecht; Ort der universitären Grundausbildung; bisherige Dauer des KPIs und Bundesland der PVE, erfragt. Alle Daten wurden anonymisiert behandelt, lediglich durch einen Code kann der erste und zweite Fragebogen zueinander zugeordnet werden.

Der zweite Teil besteht aus dem bereits validierten Fragebogen zum Thema Gesundheitsförderung CompHP-Fragebogen (vgl. Lang, 2021). Der CompHP-Fragebogen ist ein Kurzfragebogen mit insgesamt 11 Items, welcher anhand der 11 Kernkompetenzen der deutschen Fassung des Comp-HP-Rahmenkonzeptes (vgl. Barry, 2014) entwickelt wurde. Er wurde auf Validität und Reliabilität getestet. Die Befragten schätzen im Rahmen einer Selbstevaluierung auf einer 6-stufigen Skala ihren Kenntnisstand bezüglich der einzelnen Kompetenzen ein (1 = keine Kenntnisse; 6 = sehr hoher Kenntnisstand). Für die Auswertung der Kompetenzlevels erfolgt die Auswertung pro Antwort mit Punktwerten von 1 bis 6 (also mindestens 11 und maximal 66 Punkte). Die Skalenentwickler setzen keine klaren Grenzwerte für verschiedene Kompetenz-Levels fest. Zur einfacheren Handhabbarkeit erfolgt in dieser Arbeit die Trennung zu inadäquater Kompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung auf unter 50% oder 33 Punkte, ausreichende Kompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung wurde auf unter 75% oder 50 Punkte festgelegt und gute Kompetenz im Bereich der Gesundheitsförderung auf größer/gleich 50 Punkte. Diese Festlegung der Levels dient der leichteren Auswertung, ist willkürlich festgelegt und wurde bisher nicht getestet.

Der dritte Teil des Fragebogens besteht aus einer kurzen Wissensbefragung bezüglich Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz mit insgesamt 6 Fragen. Diese Fragen stammen aus der Prüfung des Moduls 5 der postgradualen Ausbildung „Public Health“ der Medizinischen Universität Graz zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ und wurden mit 2 Fachexpert\_innen ausgewählt und angepasst.

Für den vierten Teil des Fragebogens wurde die deutsche Fassung des HLS-EU-Q16 verwendet. Der Fragebogen ist eine Kurzfassung des HLS-EU-Q47 und umfasst insgesamt 16 Fragen. Auf einer 4-stufigen Skala (0 = sehr schwierig, 1 = ziemlich schwierig, 2 =

ziemlich einfach, 3 = sehr einfach) schätzen die Befragten selbst ein, wie einfach oder schwierig die in dem jeweiligen Item formulierte Aufgabe oder Tätigkeit ist. Entsprechend dem Vorgehen der Skalenentwickler wurden danach die einzelnen Antwortkategorien zu einem binären System zusammengefasst (sehr schwierig und ziemlich schwierig = 0, ziemlich einfach und sehr einfach = 1). Durch Aufsummieren der Punktwerte dieser zusammengefassten Antwortkategorien ergibt sich schließlich ein Gesundheitskompetenz-Level. Wie empfohlen wurden die Gesundheitskompetenz-Levels wie folgt festgelegt: „ausreichend“ = 13-16 Punkte, „problematisch“ = 9-12 Punkte, „inadäquat“ = 0-8 Punkte. Der Nachher-Fragebogen wurde in 3 Teile gegliedert. Er sollte innerhalb der letzten 3 Tage des Praktikums in der Primärversorgungseinheit ausgefüllt werden. Der Nachher-Fragebogen besteht aus dem zweiten Teil des Vorher-Fragebogens (Befragung mittels CompHP (vgl. Lang, 2021)) und dem dritten Teil des Vorher-Fragebogens (Wissensbefragung). Außerdem wird nochmals der Code zur Zuordnung der Fragebögen abgefragt.

Zur einfacheren Handbarkeit der Fragebögen und zur Ermöglichung einer Befragung in ganz Österreich wurden beide Fragebögen in das Online-Tool „Soci-Survey“ (Leiner, 2024) eingebracht.

Eine Kopie der beiden Fragebögen findet sich im Anhang 1.1 und 1.2.

## **2.2. Kontaktaufnahme Primärversorgungseinheiten und Datensammlung**

Initial erfolgte die Kontaktaufnahme mit der Plattform für Primärversorgung, welche als koordinatives Organ im Rahmen der Attraktivierung der Primärversorgung und des Ausbaus der Primärversorgungseinheiten agiert. Auf der Website der Plattform für Primärversorgung findet sich eine sogenannte PVE-Landkarte, welche alle Primärversorgungseinheiten in Österreich darstellt und als Grundlage für die Erhebung dienen sollte. Zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme (April 2024) befanden sich 65 Primärversorgungseinheiten und -netzwerke auf der PVE-Landkarte. Es erfolgte keine Prüfung ob die jeweiligen Institutionen tatsächlich die Kriterien einer PVE oder PVN erfüllen, denn es wird davon ausgegangen, dass die Plattform für Primärversorgung als koordinatives Organ dies bereits überprüft hat. Die Kontaktdaten der PVEs wurden aus der PVE-Landkarte übernommen und alle Institutionen mittels E-Mail kontaktiert. Lediglich jene PVEs, welche explizit als Kinder-PVEs deklariert waren, wurden aufgrund der definierten Zielgruppe (siehe Punkt 1.5. und 2.2.) ausgeschlossen. Die E-Mail enthielt, neben genaueren Informationen zum Ablauf, auch

eine Kopie der beiden Fragebögen zur Veranschaulichung der Fragen. Der Kontakt mittels E-Mail erfolgte bei Nicht-Antwort in einem Abstand von etwa zwei bis vier Wochen bis insgesamt viermal. Alle PVEs, von welchen bis zu diesem Zeitpunkt weiterhin keine Rückmeldung vorlag, wurden über die Telefonnummer, welche in den Kontaktdaten der PVE-Landkarte vermerkt war, kontaktiert und gebeten auf die E-Mail zu antworten. Insgesamt kontaktiert wurden von 65 auf der Plattform für Primärversorgung gelisteten PVEs 59. 53 beziehungsweise 89.8% der Kontaktierten beantworteten die Anfrage. Von den 6 Primärversorgungseinheiten, von denen keine Rückmeldung erfolgte, bieten laut Plattform für Primärversorgung zwei KPJ-Studierenden einen Praktikumsplatz an. Von 53 Rückmeldungen nehmen 31 Primärversorgungseinheiten KPJ-Studierende, entsprechend 58.5%, an. 20 Primärversorgungseinheiten, entsprechend 37.7%, hatten im Zeitraum der Befragung (Juni bis Dezember 2024), KPJ-Studierende. 2 Primärversorgungseinheiten konnten aus organisatorischen Gründen an der Befragung nicht teilnehmen. Insgesamt konnten also – selbst unter Annahme, dass beide Primärversorgungseinheiten, welche leider die Kontaktaufnahme nicht beantwortet haben, im Studienzeitraum Studierende gehabt hätten - von 22 Primärversorgungseinheiten 18 in die Befragung aufgenommen werden. Dies entspricht einem Anteil von 81.8%. Manche Primärversorgungseinheiten konnten mehrmals im Studienzeitraum befragt werden.

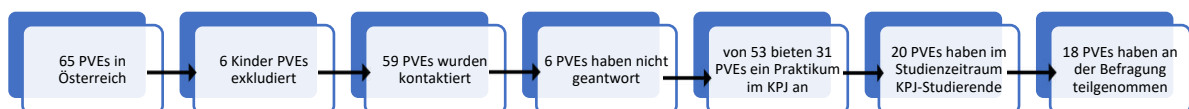


Abbildung 9: Ablauf der Rekrutierungsphase (Eigene Darstellung)

Die Online-Links zu den entsprechenden Fragebögen wurde per E-Mail an die jeweilige PVE gesendet, welche diese an die Studierenden weitergab. Somit wurde eine vollständige Anonymisierung der Daten sichergestellt.

Die Befragung wurde zwischen Juni 2024 und Dezember 2024 durchgeführt und adressierte sich an alle Medizinstudierende im letzten Studienjahr – im sogenannten Klinisch-Praktischen-Jahr (KPJ) – welche im Befragungszeitraum in einer Primärversorgungseinheit oder einem Primärversorgungsnetzwerk im Rahmen des 3. Tertials „Allgemeinmedizin“ tätig waren. Alle Studierenden, welche diese Bedingung erfüllten und den Fragebogen beantworteten, wurden auch in die Auswertung eingeschlossen. Die Befragten wurden über

Ziele, Ablauf, Datenschutz und Anonymität zu Beginn der Befragung informiert (informed consent).

Da die Grundgesamtheit der Studierenden im letzten Studienjahr, welche in einer PVE tätig sind, unbekannt ist, kann kein Sample berechnet werden. Da jedoch die Rücklaufquote der Antworten auf die Mailanfragen an alle Primärversorgungseinheiten in Österreich über 80% betrug, und zumindest 81,8% aller PVEs eingeschlossen wurden, welche im Befragungszeitraum KPJ-Studierende hatten, wird angenommen, dass ein großer Anteil der gesamten Zielpopulation abgedeckt ist.

Zu Prüfung der ethisch korrekten Voraussetzungen, wurde außerdem ein positives B1-Votum durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz (1091/2024) erteilt.

### **2.3. Statistische Auswertung**

Die explorative Datenanalyse erfolgte mittels der Statistik Software SSPS (IBM) in der Version 29. Es erfolgte eine Häufigkeitsanalyse zum besseren Verständnis der soziodemographischen Verteilung.

Zur Prüfung auf Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test eingesetzt. Von einer Normalverteilung wurde ausgegangen, wenn das Signifikanzniveau über 5 Prozent lag ( $p > .05$ ).

Bei parametrischen Stichproben wurde zum Vergleich der Mittelwerte der Vorher- und Nachher-Befragung der T-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, bei nicht-parametrischen Stichproben der Vorzeichentest. Hierbei wurde ebenfalls von signifikanten Zusammenhängen oder Unterschieden ausgegangen, wenn die entsprechenden p-Werte unter dem Signifikanzniveau von 5 Prozent ( $p < .05$ ) lagen.

Der  $\chi^2$ -Test (Chi-Quadrat-Test) für Unabhängigkeit wird eingesetzt, wenn zwei kategoriale Variablen auf ihre Unabhängigkeit geprüft werden sollen. Es gilt dabei zu analysieren, ob die Merkmalsausprägungen der ersten Variablen von den Merkmalsausprägungen der zweiten beeinflusst werden und umgekehrt. Von statistisch signifikanten Zusammenhängen oder Unterschieden wurde ausgegangen, wenn die entsprechenden p-Werte aus  $\chi^2$ -Unabhängigkeitstests unter dem Signifikanzniveau von 5 Prozent ( $p < .05$ ) lagen.

Es wurden alle Fragebögen ausgewertet, welche zumindest teilweise ausgefüllt wurden. Für die Hauptforschungsfrage wurden zwei separate Berechnungen durchgeführt. Hierbei wurden einerseits die teilweise ausgefüllte Fragebögen zur Berechnung herangezogen. Andererseits wurden auch für eine zweite Berechnung, lediglich jene Daten verwendet, bei

welchen der Vorher- und Nachher-Fragebogen vollständig ausgefüllt wurde (siehe Punkt 3.2).

## **3. Resultate**

### **3.1. Studienpopulation**

Insgesamt wurden von 18 PVEs die Fragebögen an 34 Medizinstudierende weitergeleitet. 28 Medizinstudierende im KPJ – entsprechend einer Rücklaufquote von 82% - haben an der Befragung teilgenommen. 27 Personen haben den 1. Fragebogen ausgefüllt – entsprechend einer Rücklaufquote von 79% - und 17 Personen haben den 2. Fragebogen ausgefüllt – entsprechend einer Rücklaufquote von 50%, 15. Personen haben beide Fragebögen vollständig ausgefüllt. Wie bereits oben erwähnt, ist die Grundgesamtheit aller KPJ-Studierenden in Primärversorgungseinheiten in Österreich unbekannt, weswegen sich eine Prüfung auf Repräsentativität ausschließt. Aufgrund der hohen Rücklaufquote sowohl der Primärversorgungseinheiten, welche KPJ-Studierende annehmen, und der hohen Rücklaufquote der Studierenden selbst, wird jedoch angenommen, dass eine gewisse Repräsentativität gegeben ist.

53.6% der Befragten sind männlich, 42.9% weiblich. Die meisten Studierenden sind zwischen 25 und 30 Jahre alt (71.4%) und im ersten Monat ihres KPJs (64.3%). Der größte Anteil der Befragten hat in Wien das KPJ absolviert (35.7%), die häufigsten Studienorte waren die Johannes-Kepler-Universität Linz (50%) und die Medizinische Universität Graz (25%). 67.9% gaben an, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen Teil des Studiums waren, 21.4% wussten es nicht und nur 7.1% gaben an, dass es kein Teil des Studiums war.

### **3.2. Gesundheitsförderung (CompHP-Fragebogen)**

Die Gesundheitsförderungs-Kompetenzlevels wurden ebenfalls zur Veranschaulichung, wie bereits oben erwähnt, durch Summierung der Gesamtpunkteanzahl im CompHP-Test berechnet. Zuerst erfolgte die Analyse aller zumindest teilweise ausgefüllte Fragebögen. In der Vorher-Befragung hatten hierbei 67.9% eine ausreichende Kompetenz an Gesundheitsförderung und 25.0% eine inadäquate Kompetenz (siehe Abb. 10). In der Nachher-Befragung hatten 3.9% eine inadäquate, 39.3% eine ausreichende und 21.4% eine hohe Kompetenz in Gesundheitsförderung (siehe Abb. 11).

### Kompetenzlevels in Gesundheitsförderung vorher

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2	7,1	7,1	7,1
inadäquate Kompetenz in Gesundheitsförderung bis 33 Punkte	7	25,0	25,0	32,1
ausreichende Kompetenz in Gesundheitsförderung 34 bis 50 Punkte	19	67,9	67,9	100,0
Gesamt	28	100,0	100,0	

Abbildung 10: Verteilung der Kompetenzlevels Gesundheitsförderung (Vorher-Befragung)

### Kompetenzlevels in Gesundheitsförderung nachher

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	10	35,7	35,7	35,7
inadäquate Kompetenz in Gesundheitsförderung bis 33 Punkte	1	3,6	3,6	39,3
ausreichende Kompetenz in Gesundheitsförderung 34 bis 50 Punkte	11	39,3	39,3	78,6
hohe Kompetenz in Gesundheitsförderung über 50 Punkte	6	21,4	21,4	100,0
Gesamt	28	100,0	100,0	

Abbildung 11: Verteilung der Kompetenzlevels Gesundheitsförderung (Nachher-Befragung)

Der Mittelwerte der Summation aller Punkte im CompHP-Test in der Vorher-Befragung beträgt 38, der Mittelwert der Nachher-Befragung beträgt 45.5 Punkte. Es erfolgt die Testung auf Normalverteilung der beiden Stichproben mittels Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test. Beide Stichproben zeigen sich normalverteilt.

Darauffolgend kann der T-Test bei abhängigen Stichproben durchgeführt werden. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Anstieg ( $t(15)=3.03$ ;  $p=.008$ ) der Punktwerte des CompHP-Tests nach Absolvierung des 4-wöchigen Praktikums im Vergleich zur Vorher-Befragung (siehe Abbildung 12).

		Test bei gepaarten Stichproben					Signifikanz				
		Mittelwert	Std.- Abweichung	Gepaarte Differenzen		T	df	95% Konfidenzintervall der Differenz		Einseitiges p	Zweiseitiges p
				Standardfehler des Mittelwertes	Unterer Wert			Oberer Wert			
Paaren 1	Summation Kompetenzen in Gesundheitsförderung vorher - Summation Kompetenzen in Gesundheitsförderung nachher	-7,500	9,893	2,473	-12,771	-2,229	-3,033	15	,004	,008	

Abbildung 12: T-Test bei abhängigen Stichproben der Punktwerte Gesundheitsförderung im Vorher- und Nachher-Vergleich (alle Fragebögen)

Weiters erfolgt eine separate Analyse, in welcher lediglich die Daten verwendet wurden, wo der erste und zweite Fragebogen vollständig ausgefüllt wurde. Die Stichprobe wurde

dadurch auf 15 Befragte reduziert. Hierbei zeigten 20% eine inadäquate und 80% eine ausreichende Kompetenz in Gesundheitsförderung in der Vorher-Befragung. In der Nachher-Befragung zeigten 6.7% eine inadäquate, 53.3% eine ausreichende und 40% eine hohe Kompetenz in Gesundheitsförderung.

Der Mittelwerte der Summation aller Punkte im CompHP-Test in der Vorher-Befragung beträgt 37.8, der Mittelwert der Nachher-Befragung beträgt 45.5 Punkte. Es erfolgte die Testung auf Normalverteilung der beiden Stichproben mittels Shapiro-Wilk-Test und Kolmogorov-Smirnov-Test. Beide Stichproben zeigten sich normalverteilt.

Darauffolgend kann der T-Test bei abhängigen Stichproben durchgeführt werden. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Anstieg ( $t(14)=2.9$ ;  $p=.006$ ) der Punktwerte des CompHP-Tests nach Absolvierung des 4-wöchigen Praktikums im Vergleich zur Vorher-Befragung (siehe Abbildung 13).

		Test bei gepaarten Stichproben						Signifikanz		
		Gepaarte Differenzen								
		Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler	95% Konfidenzintervall der		T	df	Einseitiges p	Zweiseitiges p
				des Mittelwertes	Unterer Wert	Oberer Wert				
Paaren 1	Summation Kompetenzen in Gesundheitsförderung vorher - Summation Kompetenzen in Gesundheitsförderung nachher	-7,667	10,217	2,638	-13,324	-2,009	-2,906	14	,006	,011

Abbildung 13: T-Test bei abhängigen Stichproben der Punktwerte Gesundheitsförderung im Vorher- und Nachher-Vergleich (Fragebögen 1 und Fragebögen 2 vollständig ausgefüllt)

Zur Testung auf Korrelation zwischen der Gesamtpunkteanzahl in der CompHP-Befragung und Alter, Geschlecht oder Fortschritt im KPJ wurden jeweils Kreuztabellen erstellt. Es erfolgt zur Signifikanzprüfung die Durchführung eines  $\chi^2$ -Unabhängigkeitstests. Zum besseren Verständnis stellt  $p_1$  das Signifikanzniveau der Zusammenhänge in der Vorher-Befragung und  $p_2$  das Signifikanzniveau der Zusammenhänge in der Nachher-Befragung dar. Hierbei zeigten sich weder in der Vorher- noch Nachher-Befragung signifikante Zusammenhänge zwischen Gesamtpunkteanzahl und Alter ( $p_1 = 0,32$ ;  $p_2 = 0,09$ ), Geschlecht ( $p_1 = 0,65$ ;  $p_2 = 0,41$ ) oder Fortschritt im KPJ ( $p_1 = 0,46$ ;  $p_2 = 0,53$ ).

### **3.3. Subjektiv eingeschätzte Kenntnisse bezüglich Kompetenzen in Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz**

Vor Beginn des Praktikums in der PVE haben die Studierenden auf einer Skala von 1 bis 6 ihre Kenntnisse bezüglich Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Mittel mit einem Wert von 3.46 subjektiv eingeschätzt. Nach dem Praktikum haben die Studierenden ein Mittel von 4.0 angegeben. Zum Vergleich der beiden Stichproben erfolgt die

Durchführung einer Prüfung auf Normalverteilung. Hierbei zeigt sich die Vorher- und Nachher-Stichprobe im Shapiro-Wilk-Test nicht normal verteilt.

Zum Vergleich der Stichproben erfolgt bei nicht parametrischen Werten die Durchführung eines Vorzeichen-Tests. Hierbei zeigt sich bei 10 Befragten eine Zunahme des Punktwertes (positive Differenz), bei 2 Befragten eine Abnahme (negative Differenz) und bei 5 Befragten gleichbleibende Punktwerte (Bindung). Dies ist nochmals in der untenstehenden Abb. 14 dargestellt. Insgesamt zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Selbsteinschätzung in Bezug auf das subjektive Wissen in der Vorher- und Nachher-Befragung ( $p = .039$ ).

Häufigkeiten		N
Wie stark würden Sie ihre Kenntnisse in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen einschätzen? (nachher) - Wie stark würden Sie ihre Kenntnisse in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen einschätzen? (vorher)	Negative Differenzen <sup>a</sup>	2
	Positive Differenzen <sup>b</sup>	10
	Bindungen <sup>c</sup>	5
Gesamt		17

Abbildung 14: Vorzeichentest Selbsteinschätzung des subjektiven Wissens bzgl. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Vorher- und Nachher-Vergleich

### **3.4. Subjektive Einschätzung der Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag**

Die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag wurde vor dem Praktikum auf einer Skala von 1 bis 6 mit 5.46 Punkten im Mittel subjektiv eingeschätzt, nach dem Praktikum mit 5.28. Es erfolgt eine Prüfung auf Normalverteilung. Hierbei zeigt sich die Vorher- und Nachher-Stichprobe im Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt.

Darauffolgend kann ein Vorzeichentest zum Vergleich der nicht parametrischen Stichproben erfolgen. Hierbei zeigt sich bei 4 Befragten eine Zunahme des Punktwertes (positive Differenz), bei 6 Befragten eine Abnahme (negative Differenz) und bei 8 Befragten gleichbleibende Punkte (Bindung). Dies ist nochmals in der untenstehenden Abb. 15 dargestellt. Hierbei zeigt sich kein signifikanter Anstieg oder Abfall der Werte ( $p = .75$ ).

### Häufigkeiten

		N
Für wie wichtig halten Sie Gesundheitsförderung und die Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag? (nachher) - Für wie wichtig halten Sie Gesundheitsförderung und die Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag? (vorher)	Negative Differenzen <sup>a</sup>	6
	Positive Differenzen <sup>b</sup>	4
	Bindungen <sup>c</sup>	8
	Gesamt	18

Abbildung 15: Vorzeichentest subjektive Wichtigkeit im medizinischen Alltag von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Vorher- und Nachher-Vergleich

### 3.5. Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)

Die einzelnen Antwortkategorien der HLS-EU-Q16-Befragung wurden, wie bereits oben erwähnt entsprechend dem Vorgehen der Skalenentwickler, in einem binären System zusammengefasst (sehr schwierig und ziemlich schwierig = 0, ziemlich einfach und sehr einfach = 1). Durch Aufsummieren der Punktwerte dieser zusammengefassten Antwortkategorien ergibt sich schließlich das Gesundheitskompetenz-Level. 25% der Befragten hatten ein ausreichendes, 25% ein inadäquates und 39,3% ein problematisches Gesundheitskompetenz-Level (siehe Abb. 16).

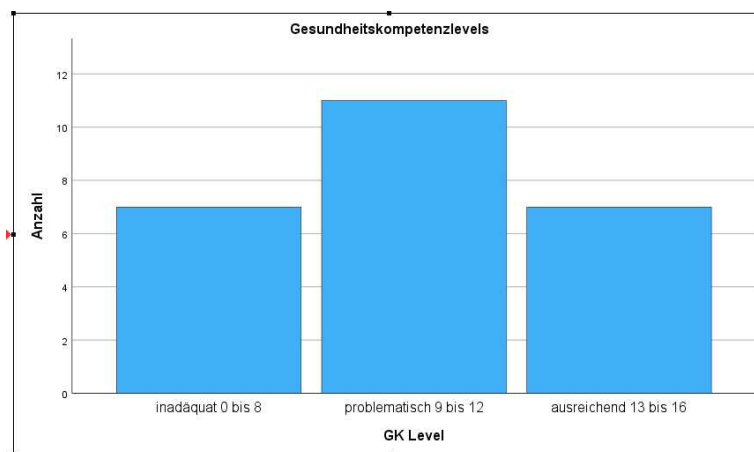


Abbildung 16: Verteilung der Gesundheitskompetenzlevels der Befragten

Mittels Erstellung einer Kreuztabelle und darauffolgend Durchführung eines  $\chi^2$ -Unabhängigkeitstests wurde ein Zusammenhang der Gesundheitskompetenz-Levels und der erhobene soziodemographischen Parameter überprüft. Es zeigen sich hierbei keine statistisch signifikanten Unterschiede der Gesundheitskompetenz-Levels mit Fortschritt des

KPJs ( $p=.139$ ), in Bezug auf das Alter der Studierenden ( $p=.140$ ) oder das Geschlecht ( $p=.057$ ).

### 3.6. **Objektives Wissen bzgl. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz**

Im Bereich der objektiven Wissensüberprüfung zeigten die Studierenden einen Mittelwert von 3.96 Richtigen von 6 Items bei der Vorher-Befragung und 4.0 Richtigen bei der Nachher-Befragung. Zum Vergleich der beiden Stichproben erfolgt die Durchführung einer Prüfung auf Normalverteilung. Hierbei zeigt sich die Vorher- und Nachher-Stichprobe im Shapiro-Wilk-Test nicht normal verteilt.

Zum Vergleich der Stichproben erfolgt bei nicht parametrischen Werten die Durchführung eines Vorzeichen-Tests. Hierbei zeigt sich bei 2 Befragten eine Zunahme des Punktwertes (positive Differenz), bei 3 Befragten eine Abnahme (negative Differenz) und bei 10 Befragten gleichbleibende Punkte (Bindung). Dies ist nochmals in der untenstehenden Abb. 17 dargestellt. Hierbei zeigt sich kein signifikanter Anstieg oder Abfall der Werte ( $p=1.0$ ).

Häufigkeiten		N
Gesamtpunkteanzahl der Wissensbefragung nachher -	Negative Differenzen <sup>a</sup>	3
	Positive Differenzen <sup>b</sup>	2
Gesamtpunkteanzahl der Wissensbefragung vorher	Bindungen <sup>c</sup>	11
	Gesamt	16

Abbildung 17: Vorzeichentest Wissensbefragung im Vorher- und Nachher-Vergleich

Zur Testung auf Korrelation zwischen der Gesamtpunkteanzahl in der Wissens-Befragung und Alter, Geschlecht oder Fortschritt im KPJ wurden jeweils Kreuztabellen erstellt. Es erfolgt zur Signifikanzprüfung die Durchführung eines  $\chi^2$ -Unabhängigkeitstests. Zum besseren Verständnis stellt  $p_1$  das Signifikanzniveau der Zusammenhänge in der Vorher-Befragung und  $p_2$  das Signifikanzniveau der Zusammenhänge in der Nachher-Befragung dar. Hierbei zeigen sich weder in der Vorher- noch Nachher-Befragung signifikante Zusammenhänge zwischen Gesamtpunkteanzahl und Alter ( $p_1=.51$ ;  $p_2=.38$ ), Geschlecht ( $p_1=.27$ ;  $p_2=.18$ ) oder Fortschritt im KPJ ( $p_1=.35$ ;  $p_2=.64$ ). Auch zwischen subjektiv eingeschätztem Wissen und tatsächlicher Wissensbefragung zeigt sich keine signifikanten Zusammenhänge ( $p_1=.25$ ;  $p_2=.20$ ).

## 4. Diskussion

### 4.1. Zentrale Ergebnisse

Ziel der Masterarbeit war es Medizinstudierende in ihrem letzten Studienjahr (Klinisch Praktisches Jahr) durch eine Online-Befragung vor und nach einem 4-wöchigen Praktikum in einer Primärversorgungseinheit im Rahmen des Tertials „Allgemeinmedizin“ mittels validierter Fragebögen zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zu befragen. Die Erhebung der subjektiven Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung erfolgte mittels CompHP-Fragebogen. Mit den Ergebnissen dieser Masterarbeit liegen erstmals empirische Daten von Medizinstudierenden diesbezüglich in Österreich vor. Das zentrale Ergebnis der Arbeit zeigt, dass es bei den befragten Medizinstudierenden während des 4-wöchigen Praktikums zu einer signifikanten Verbesserung ( $p=.008$ ) ihrer subjektiven Einschätzung bezüglich der Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung kam. Die naheliegendste Erklärung (Hypothese) für dieses Ergebnis ist, dass Medizinstudierende während des Praktikums sehr viel Kontakt mit gesundheitsförderlichen Aktivitäten bzw. der Thematik hatten, da Gesundheitsförderung eine verpflichtende Aufgabe von Primärversorgungseinheiten ist, und sie sich so vermehrt Wissen und Kompetenzen aneignen können.

Da dies die erste spezifische Befragung von Medizinstudierenden in Bezug auf die Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung in Österreich ist und nur eine ausgewählte Gruppe von Medizinstudierenden befragt wurde, kann kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden. Ob ein ähnlicher Anstieg auch nach Praktika in anderen Einrichtungen der Primärversorgung oder auch im Rahmen der allgemeinen Patient\_innenversorgung zu beobachten wäre, kann aus der aktuellen Befragung nicht geschlossen werden. Hierzu müssten weitere Befragung in den entsprechenden Settings durchgeführt werden. Die vorliegende Arbeit kann jedoch als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen und zeigt klar den zukünftigen Forschungsbedarf in diesem Feld auf. Die erhobenen soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Ort der universitären Ausbildung, Bundesland der PVE, Dauer des bisherigen KPIs) hatten keine signifikante Auswirkung auf die subjektive Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung.

Als besonders positiv hervorzuheben, ist das die befragten Studierenden insgesamt die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz als sehr hoch einschätzen. Weiters geben sie auch zu einem hohen Anteil (67.9%) an, dass diese Themen Teil des Studiums sind, beziehungsweise waren. Dies erscheint insbesondere wichtig, da in

einem systematischen Review von 2019 von Gesundheitskompetenz-Trainings in der Ausbildung von Gesundheitsberufen, sich bei der der großen Mehrheit der inkludierten Studien positive Ergebnisse zeigten. (Saunders, 2019).

Bezüglich der außerdem erhobenen Gesundheitskompetenz-Levels der Medizinstudierenden, hatten 25% der Befragten ein inadäquates, 39.3% ein problematisches und 25% ein ausreichendes Gesundheitskompetenz-Level. Die erhobenen soziodemographischen Merkmale hatten keine signifikante Auswirkung auf das Gesundheitskompetenz-Level. Hierbei kann ein Vergleich mit der deutschen Studie von Simon et al. erfolgen. Die Befragten dort zeigten zu 21% ein inadäquates, zu 48.9% ein problematisches und zu 30.1% ein ausreichendes Gesundheitskompetenzlevel (Simon, 2021). Insgesamt zeigt sich also bei der aktuell vorliegenden Befragung ein etwas höherer Anteil an Befragten, welche ein inadäquates Gesundheitskompetenz-Level im Vergleich zur deutschen Studie aufweisen.

Die subjektive Einschätzung der Befragten bezüglich deren Wissensstand über Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz stieg ebenfalls signifikant im direkten Vergleich der Vorher- und Nachher-Befragung an. Das objektiv abgefragte Wissen über Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz zeigte jedoch keine signifikanten Änderungen.

## **4.2. Limitationen**

Mit dem Studiendesign und den Erhebungsmethoden sind verschiedene Limitationen verbunden.

Die Befragung besteht aus mehreren Fragebögen, welche in dieser Form der Befragung bisher nicht validiert wurden. Zwar sind der CompHP-Fragebogen und der HLS-EU-Q16 beide ausreichend validiert, jedoch wurden die Fragebögen nur einzeln getestet (Lang, 2021; Sørensen, 2015). Die Fragen der Wissensbefragung wurden aus einer Prüfung einer postgradualen Public Health Ausbildung entnommen und danach mit 2 Fachexpert\_innen ausgewählt und angepasst. Diese Befragung wurde jedoch nicht validiert und besteht aus lediglich 6 Fragen.

Da die Teilnehmenden dieser Studie nicht zufällig ausgewählt wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Stichprobe hauptsächlich aus höher motivierten Studierenden bestand. Dies könnte unsere Ergebnisse beeinflusst haben.

Insgesamt konnte in der vorliegenden Arbeit eine hohe Rücklaufquote von 82% erreicht werden. Nichtsdestotrotz wurde bereits in anderen Studien gezeigt, dass Studierende, welche derartige Befragungen ausfüllen („responder“) eine höhere akademische Leistung zeigten, als Studierende, welche die Befragung nicht ausfüllen („non responder“). Dies könnte die vorliegende Befragung ebenso verfälschen (Reisenwitz, 2016).

Die meisten der in dieser Studie verwendeten Daten sind Selbsteinschätzungen durch die Befragten. Selbsteinschätzungsfragebögen haben jedoch insbesondere den Nachteil, dass die Selbstwahrnehmung nicht ausreichend mit dem tatsächlichen Können korreliert. Vorteilhaft ist jedoch, dass zumeist die Akzeptanz solcher Fragebögen durch die Studienpopulation deutlich höher ist (Bitzer, 2018). In einer deutschen Studie von 2006 konnte bei 171 Studierenden gezeigt werden, dass sich etwa 16% der Probandinnen in einer zuvor durchgeführten Befragung subjektiv bezüglich ihrer klinisch-praktischen Fertigkeiten überschätzt haben. Insbesondere männliche Studierende überschätzen sich signifikant (31%) im Vergleich zu weiblichen (8%) (Jünger, 2006). In einer anderen Studie von 2016 konnte sogar gezeigt werden, dass Medizinstudierende im letzten Jahr deren praktische Fähigkeiten nur zu circa einem Drittel (35,3%) richtig einschätzen, 30% der Befragten überschätzten ihre Fähigkeiten um 10% und 18% der Befragten überschätzten diese sogar um 20% (Störmann, 2016). Auch in der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass das subjektiv Wissen sich innerhalb der 4 Wochen Praktikum signifikant verbesserte, das objektive Wissen jedoch stagnierte.

Im vorliegenden Studiendesign wurden ausschließlich Primärversorgungseinheiten kontaktiert. Eine Auslegung der erhobenen Daten auf andere Institute, welche in der Primärversorgung tätig sind, ist daher nicht möglich. Weiters kann angenommen werden, dass Studierende, welche in einer Primärversorgungseinheit ein Praktikum machen, aufgrund des spezifischen Aufgabenbereichs von PVEs, vermehrt Interesse bezüglich Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz haben.

Die Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden zeigt eine deutlich limitierte Gesundheitskompetenz auf. Die vorliegende Befragung fällt insgesamt sogar etwas schlechter im Vergleich zur Befragung der Gesundheitsberufsanwärter in Deutschland aus (Simon, 2021). Dies könnte daran liegen, dass hierbei nur Medizinstudierende im Rahmen ihrer ersten Berufserfahrungen befragt wurden. Im Zuge der Ausbildung erlernen Medizinstudierende außerdem ein umfangreiches Gesundheitswissen, auch dies könnte

aufgrund des hohen Informationsvolumens zu einer tendenziell schlechteren Selbsteinschätzung führen.

Die vorliegende Befragung erfolgte direkt in einem Zeitraum von 4 Wochen nach Beendigung des Praktikums. Somit wird lediglich die direkte Lernerfahrung abgefragt. Um einen etwaig bleibenden Lerneffekt besser darstellen zu können, wäre daher eine erneute Befragung nach einem längeren Zeitraum wie beispielsweise erneut nach 6 oder 12 Monaten ebenso von Bedeutung.

## 5. Literaturverzeichnis

Ärzttekammer für Niederösterreich (2020): *Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheiten in NÖ*. [online]

[https://www.arztnoe.at/fileadmin/Data/Documents/00\\_PDF\\_NICHT\\_DEAKTIVIEREN/VE/PV-Gesamtvertrag\\_regionale\\_Honorarvereinbarung\\_Dachverband\\_2020\\_0011\\_01.pdf](https://www.arztnoe.at/fileadmin/Data/Documents/00_PDF_NICHT_DEAKTIVIEREN/VE/PV-Gesamtvertrag_regionale_Honorarvereinbarung_Dachverband_2020_0011_01.pdf) (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Ärzttekammer für Salzburg (2023): *Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG zur Primärversorgung im Bundesland Salzburg*. [online] [chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcgclclefindmkaj/https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-09/NEU\\_Gesamtvertragliche%20Vereinbarung%20zur%20Prim%C3%A4rversorgung%20in%20Salzburg.pdf](chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcgclclefindmkaj/https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-09/NEU_Gesamtvertragliche%20Vereinbarung%20zur%20Prim%C3%A4rversorgung%20in%20Salzburg.pdf) (zuletzt abgerufen am: 22.08.2024).

Ärzttekammer für Steiermark (2023): *Gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Primärversorgungseinheiten gültig ab 1. Juli 2023*. [online] <https://www.aekstmk.or.at/671> (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Ärzttekammer für Tirol (o.D.): *Primärversorgungseinheiten: Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für Primärversorgungseinheiten in Tirol*. [online] <https://www.aektirol.at/mitgliederservice/niederlassung/primaerversorgungseinheiten> (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Ärzttekammer für Vorarlberg (2021): *Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung gemäß §342b Abs. 4 ASVG für Primärversorgungseinrichtungen in Vorarlberg*. [online] <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/att-11974.pdf> (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Ärzttekammer für Wien (2019): *Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG "Regionaler Primärversorgungsvertrag Wien"*. [online] <https://www.aekwien.at/documents/263869/421502/Gesamtvertragliche+Vereinbarung+Regionaler+Primärversorgungsvertrag+Wien.pdf/3d192966-2bda-196e-7ba4-30960aa71886> (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Barry M, Battel-Kirk B, Davison H, et al. (2014): *Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Konzepte. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Baumgartner S (2019): *Gemischter Satz im Primärversorgungsausbau - Regionale Unterschiede bei der Finanzierung und Honorierung von Primärversorgungseinheiten in Österreich*.

Beschluss des Nationalrates (2023): *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. In: 2316 der Beilagen XXVII. GP. [online]  
[https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/BNR/853/fnameorig\\_1600873.html](https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/BNR/853/fnameorig_1600873.html)  
(zuletzt abgerufen am: 14.08.2024).

Bisak A, Stafström M (2024): *Unleashing the potential of Health Promotion in primary care-a scoping literature review*. In: Health Promot Int. 2024 Jun 1; 39(3):44. doi: 10.1093/heapro/daae044.

Bitzer EM, Sørensen K (2018): *Gesundheitskompetenz – Health Literacy*. In: Gesundheitswesen. 2018 Aug; 80(8-09):754-766. doi: 10.1055/a-0664-0395.

BMASGK (2019): *Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Bonse-Rohmann M (2023): *Gesundheitsförderung und Hochschule*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Budhathoki S, Pokharel P, Jha N, et al. (2019): *Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal*. In: Int Health. 2019 Jan 1; 11(1):15-23. doi: 10.1093/inthealth/ihy090.

Bundesgesetz (2013): *Beschluss des Nationalrates. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG*. [online] [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.parlament.gv.at/dokument/XXIV/BNR/720/fname\\_302245.pdf](https://www.parlament.gv.at/dokument/XXIV/BNR/720/fname_302245.pdf) (zuletzt abgerufen am: 14.08.2024).

Bundesgesetzblatt (2017): *Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten*. In: PrimVG BGBl. I Nr. 131/2017. [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948> (zuletzt abgerufen am: 14.08.2024).

Bundesgesetzblatt (2023): *Änderung des Primärversorgungsgesetzes*. In: PrimVG. BGBl. I Nr. 131/2017. [online] [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/I/2087/fname\\_1569424.pdf](https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/I/2087/fname_1569424.pdf) (zuletzt abgerufen am: 08.08.2024).

Bundesgesundheitsagentur (2014): *Das Team rund um den Hausarzt, Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): *Das österreichische Gesundheitssystem: Daten, Fakten und Zahlen*. 3. Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Cueto M (2004): *The origins of primary health care and selective primary health care*. In: Am J Public Health. 2004 Nov; 94(11):1864-74. doi: 10.2105.

De Gani S, Jaks R (2023): *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für die Schweiz*. In: Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF). Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien: HLS-PROF Konsortium.

De Maeseneer J (2022): *Familienmedizin und Primärversorgung, Am Scheideweg des gesellschaftlichen Wandels*. 1. Auflage. München: Kiener Verlag.

Elsborg L, Krossdal F, Kayser L (2017): *Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes*. In: Scand J Public Health. 2017 Dec; 45(8):831-838. doi: 10.1177/1403494817733356.

Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren G, Whitehead M (1991): *Soziale Determinanten der Gesundheit*. [online] [https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten\\_dateien](https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_dateien) (zuletzt abgerufen am: 16.08.2024).

Griebler R, Schütze D, Straßmayr C, et al. (2023): *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für Österreich*. In: *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF)*. Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien: HLS-PROF Konsortium.

Griebler R, Straßmayr C, Mikšová D, et al. (2021): *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Haindl A, Bachner F, Carrato G, et al. (2024): *Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit: Berichtsjahr 2023*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

HLS-PROF Konsortium (2023): *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF)*. Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien: HLS-PROF Konsortium.

Hofmarcher M, Rack H (2006): *Gesundheitssysteme im Wandel*. Berlin: MWV mbH & Co.KG.

Johannes-Kepler-Universität Linz (2018a): *Curriculum zum Bachelorstudium Bachelor Humanmedizin*. [online] [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglcfindmkaj/https://studienhandbuch.jku.at/texte/649\\_5\\_BS\\_Humanmedizin.pdf](https://studienhandbuch.jku.at/texte/649_5_BS_Humanmedizin.pdf) (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

Johannes-Kepler-Universität Linz (2018b): *Curriculum zum Masterstudium Master Humanmedizin*. [online] [chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefindmkaj/https://studienhandbuch.jku.at/texte/664\\_2\\_MS\\_Humanmedizin.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefindmkaj/https://studienhandbuch.jku.at/texte/664_2_MS_Humanmedizin.pdf) (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

Jünger J, Schellberg D, Nikendai C (2006): *Subjektive Kompetenzeinschätzung von Studierenden und ihre Leistung im OSCE*. In: *GMS Z Med Ausbild.* 2006; 23(3):Doc51.

Kdolsky A (2017): *Primärversorgungszentren: Die unendliche Geschichte*. In: *Österreichische Ärztezeitung* Nr. 13-14. [online] <https://aerztezeitung.at/2017/oaz-artikel/politik/primaerversorgungszentren-pve-andrea-kdolsky-phc/> (zuletzt abgerufen am: 08.08.2024).

Klemperer D (2020): *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. 4. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Kramer S (2016): *Health Literacy*. Berlin: Walter de Gruyter GmbH [online] <https://www-1psyhyrembel-1de-10013b4ws114e.han.medunigraz.at/Gesundheitskompetenz/S014C/doc/> (zuletzt abgerufen am: 08.08.2024).

Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. (2013): *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. In: *Br J Gen Pract.* 2013 Nov; 63(616):e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.

Kühn L, Bachert P, Hildebrand C, et al. (2022): *Health Literacy Among University Students: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies*. In: *Front Public Health.* 2022 Jan 21; 9:680999. doi: 10.3389/fpubh.2021.680999.

Lang G (2021): *Developing and validating a self-assessment tool for health promotion competencies with training participants in Austria*. In: *Health Promot Int.* 2021 Aug 24; 36(3):630-640. doi: 10.1093/heapro/daaa073.

Leiner DJ (2024): *SoSci Survey (Version 3.5.02)*. [online] <https://www.soscisurvey.de> (zuletzt abgerufen am: 10.01.2025).

Litsios S (2015): *On the Origin of Primary Health Care*. In: Health For All: The Journey of Universal Health Coverage. Hyderabad: Orient Blackswan [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/> (zuletzt abgerufen am: 07.08.2024).

Medizinische Universität Graz (2024): *Curriculum Diplomstudium Humanmedizin*. Studienkennzahl: UO 202. [online] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/[https://www.medunigraz.at/frontend/user\\_upload/themen-studium/curricula/curriculum-humanmedizin.pdf](https://www.medunigraz.at/frontend/user_upload/themen-studium/curricula/curriculum-humanmedizin.pdf) (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

Medizinische Universität Innsbruck (2024): *Mitteilung der Medizinischen Universität Innsbruck* 440. [online] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.i-med.ac.at/mitteilungsblatt/2023/58.pdf> (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

Medizinische Universität Wien (2018): *Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin. Konsolidierte Fassung: Stand Oktober 2018*. [online] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/[https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/serviceeinrichtungen/studienabteilung/studium/Humanmedizin/2018\\_09\\_12\\_Curr\\_Human\\_Kons\\_Fassung\\_clean.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/serviceeinrichtungen/studienabteilung/studium/Humanmedizin/2018_09_12_Curr_Human_Kons_Fassung_clean.pdf) (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

Mullan J, Burns P, Weston K, et al. (2017): *Health literacy amongst health professional university students: A study using the Health Literacy Questionnaire*. In: Education Sciences. 2017; 7(2):54. doi: 10.3390/educsci7020054.

Naidoo J, Wills J (2019): *Lehrbuch Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen Österreich (o.D.a): *Präambel*. [online] <https://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.at/about-us/letter-of-intent/> (zuletzt abgerufen am: 13.08.2024).

Netzwerk Gesundheitsfördernder Hochschulen Österreich (o.D.b): *Unsere Mitgliedhochschulen*. [online] <https://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.at/mitglieder/mitgliedshochschulen/> (zuletzt abgerufen am: 13.08.2024).

ÖPGK (2019): *Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten*. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz.

Plattform für Primärversorgung (o.D.a): *Förderungen*. [online] <https://primaerversorgung.gv.at/foerderungen> (zuletzt abgerufen am: 21.08.2024).

Plattform für Primärversorgung (o.D.b): *PVE-Landkarte*. [online] <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte?locations%5B%5D=44&type=pve> (zuletzt abgerufen am: 07.08.2024).

Primärversorgung Gesamtvertrag (2019): *Primärversorgung Gesamtvertrag*. [online] [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV\\_2019\\_0073/AVSV\\_2019\\_0073.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2019_0073/AVSV_2019_0073.html) (zuletzt abgerufen am: 08.08.2024).

Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, et al. (2019): *Health literacy: exploring disparities among college students*. In: BMC Public Health. 2019 Oct 29; 19(1):1401. doi: 10.1186/s12889-019-7781-2.

Reisenwitz, TH (2016): *Student Evaluation of Teaching: An Investigation of Nonresponse Bias in an Online Context*. In: Journal of Marketing Education. 2016; 38(1):7-17. doi: 10.1177/0273475315596778.

Røe Y, Torbjørnsen A, Stanghelle B, et al. (2023): *Health Literacy in Higher Education: A Systematic Scoping Review of Educational Approaches*. In: Pedagogy in Health Promotion. 2023; 0(0). doi: 10.1177/23733799231191107.

Rohrauer-Näf G, Waldherr K, Plunger P (2022): *Gesundheitsförderung 6: Österreich*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu den Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Rojatz D, Wahl A, Kölldorfer B (2023): *Info-Mappe. Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung*. Wien: DVSV und FGÖ.

Saunders C, Palesy D, Lewis J (2019): *Systematic Review and Conceptual Framework for Health Literacy Training in Health Professions Education*. In: *Health Professions Education*. 2019; 5(1):13-29. doi: 10.1016/j.hpe.2018.03.003.

Schaeffer D, Haarmann A, Griese L (2023): *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für Deutschland*. In: *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF)*. Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien: HLS-PROF Konsortium.

Simon A, Ebinger M, Holoch E (2021): *Die Gesundheitskompetenz von angehenden Ärzt\*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut\*innen und Gesundheitsmanager\*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie*. In: *Gesundheitswesen*. 2022 Nov; 84(11):1039-1049. doi: 10.1055/a-1657-9627.

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. (2015): *HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. In: *Eur J Public Health*. 2015 Dec; 25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.

Störmann S, Stankiewicz M, Raes P, et al. (2016): *How well do final year undergraduate medical students master practical clinical skills?* In: *GMS J Med Educ*. 2016; 33(4):Doc58. doi: 10.3205/zma001057.

World Health Organization (1978): *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. [online] <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (zuletzt abgerufen am: 07.08.2024).

World Health Organization (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. [online] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y (zuletzt abgerufen am: 12.08.2024).

World Health Organization (2008): *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. [online] <https://iris.who.int/handle/10665/43949> (zuletzt abgerufen am: 07.08.2024).

Zhang Y, Zhang F, Hu P, et al. (2016): *Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study*. In: *PLoS One*. 2016 Apr 6; 11(4):e0152547. doi: 10.1371/journal.pone.0152547.

# Anhang

## Anhang 1.1.: Fragebogen 1 (vorher)

05.01.25, 13:30

Korrekturfähne base (pve) 05.01.2025, 13:30

pve → base 05.01.2025, 13:30

**Seite 01**  
01

**Fragebogen 1 „Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsförderung“ – VORHER** A001

Vielen Dank, dass Sie sich für die folgende Umfrage Zeit nehmen! Dieser Fragebogen ist Teil einer wissenschaftlichen Arbeit zum Thema Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsförderung in Primärversorgungseinheiten. Bei den folgenden Fragen handelt es sich vor allem um eine subjektive Selbsteinschätzung, daher würde ich Sie bitten die Fragen so ehrlich wie möglich zu beantworten. Die Umfrage wird anonymisiert ohne jegliche Angabe der Primärversorgungszentren oder sonstigen persönliche Daten streng vertraulich behandelt. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten. Es erfolgt jeweils eine Befragung innerhalb der ersten Woche und eine Befragung innerhalb der letzten Woche der Famulatur. Vielen Dank nochmals für die Teilnahme, bei Fragen oder Bedenken können Sie mich jederzeit unter [a.herzeg@stud.medunigraz.at](mailto:a.herzeg@stud.medunigraz.at) kontaktieren.

A002

**Damit Sie an dieser Studie teilnehmen können, benötigen wir Ihr Einverständnis:**

Ja, ich stimme zu  
Nein, ich stimme nicht zu

<https://www.socisurvey.de/pve/?s2preview=hkUttNgGc7QM2hUCaFhAlZDrNVVsndy4&questionnaire=base&csfr>

1/14

**A.) Angaben zur Person:**

A109

A101

**1. Bitte geben Sie zur Identifizierung der zusammengehörigen Fragebögen Ihren persönlichen Code in Großschreibung wie folgt an:**

Erste Stelle: Letzter Buchstabe des Geburtsmonats

Zweite Stelle: Zweiter Buchstabe des Vornamens der Mutter

Dritte und vierte Stelle: Die ersten beiden Buchstaben des Geburtsorts

Code:

A102

**2. Bitte geben Sie ihr Alter an:**

&lt;25 Jahre

25-30 Jahre

30-35 Jahre

&gt;35 Jahre

A103

**3. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:**

männlich

weiblich

divers

A104

**4. An welcher Universität haben Sie studiert?**

Medizinische Universität Graz

Medizinische Universität Innsbruck

Medizinische Fakultät JKU Linz

Medizinische Universität Wien

Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

andere medizinische Universitäten in Österreich

andere medizinische Universitäten außerhalb von Österreich

A105

5. Wie viele Monate im Klinisch Praktischen Jahr (KPJ) haben Sie schon vor Start des Praktikums im Primärversorgungszentrum absolviert?

- 0-1 Monat
- 2-4 Monate
- 5-7 Monate
- >8 Monate

A106 

6. Wie stark würden Sie ihre Kenntnisse in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen einschätzen?



1 = keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A107 

7. Waren Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen ein Teil Ihres Studiums?

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

A504 

8. Für wie wichtig halten Sie Gesundheitsförderung und die Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag?



1 = unwichtig

2

3

4

5

6 = sehr wichtig

A110 

9. In welchem Bundesland befindet sich das PVE in welchem Sie arbeiten?

[Bitte auswählen] ▼

**B.) Gesundheitsförderung:**

A201

Für die Praxis der Gesundheitsförderung sind mehrere Schlüsselkompetenzen erforderlich. Über welchen Kenntnisstand der Gesundheitsförderung verfügen Sie derzeit hinsichtlich folgender Kernkompetenzen? Die Schlüsselkompetenzen sind teilweise unter dem jeweiligen Text nochmals zum genaueren Verständnis erklärt.

A202

**1. Grundlagewissen der Gesundheitsförderung (Grundsätze, Konzepte, Theorien):**

Grundlegende Kenntnisse zur Gesundheitsförderung stellen den Rahmen für sämtliche Grundkompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung dar.



1 = keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A203

**2. Die Berücksichtigung ethischer Werte:**

Die ethischen Werte schließen einen Glauben an Gleichheit und soziale Gerechtigkeit, Respekt der Selbstbestimmung und freien Wahl einzelner Individuen und Gruppen, sowie eine auf Zusammenarbeit und Konsultation begründende Arbeitsweise ein. Die ethischen Werte bilden gemeinsam mit dem Grundlagewissen die Basis aller anderen Bereich der Grundkompetenzen.



1 = keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A204

### 3. Zielgruppen zum Aufbau von Kompetenzen für die Gesundheitsförderung befähigen:

Zu den verschiedenen Zielgruppen zählen beispielsweise Individuen wie Patient\_innen, Gruppen, Gemeinschaften und Organisationen.

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A205

### 4. Mit und für Individuen für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden eintreten:

Hierbei geht es darum, Advocacy Strategien anwenden und mit Stakeholdern kommunizieren zu können.

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A206

### 5. Interdisziplinär und gemeinsam mit Partnern\_Partnerinnen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung verbessern:

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A207

### 6. Gesundheitsförderung für verschiedene Zielgruppen adäquat kommunizieren:

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A208

**7. Eine gemeinsame Vision und Strategie mit Stakeholdern aber auch im Team entwickeln:**



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A209

**8. Bedarfe und Ressourcen erheben:**

Hierzu zählen z.B.: Daten/Literatur suchen und zusammenfassen, einfache Assessmentmethoden anwenden, Determinanten der Gesundheit erheben.



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A210

**9. Messbare Gesundheitsförderungsziele aufgrund von Bedarfs- und Ressourcenanalysen gemeinsam mit Stakeholdern formulieren:**



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A211

**10. Aktivitäten und Maßnahmen entsprechend umsetzen:**

Gesundheitsförderung soll effizient und effektiv, kulturell angepasst und ethisch in Partnerschaft mit Stakeholdern umgesetzt werden.



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A212

**11. Angemessene Evaluationsmethoden anwenden um die Reichweite, Auswirkungen und Wirksamkeit von Maßnahmen erheben zu können:**



1= keine  
Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr  
gute  
Kenntnisse

**C.) Wissensbefragung**

A219

Es folgen nun 6 zufällig ausgewählte Wissensfragen. Es handelt sich um Single-Choice Fragen mit jeweils nur einer richtigen Antwort. Bitte beantworten Sie mit Ihrem aktuellen Wissenstand soweit wie möglich!

Was ist kein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in der Primärversorgung?

A213

- Social Prescribing
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Bürgerbeteiligung
- Impfungen

Was versteht man unter Gesundheitskompetenz?

A214

- Die Fähigkeit, medizinische Fachbegriffe zu verstehen.
- Die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.
- Die Fähigkeit, eine gesunde Ernährung zu planen.
- Die Fähigkeit, medizinische Diagnosen zu stellen.

Was ist kein Handlungsfeld zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung?

A215

- Die Initiative „Drei Fragen für meine Gesundheit“
- Vorsorgeuntersuchungen
- Gute Gesundheitsinformationen
- Informierte Impfentscheidungen

Welche der folgenden Aussagen zur Gesundheitsförderung ist korrekt?

A216

- Gesundheitsförderung beinhaltet nur körperliche Aktivitäten.
- Gesundheitsförderung ist nur für kranke Menschen relevant.
- Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.
- Gesundheitsförderung ist die Aufgabe des Einzelnen und nicht der Gemeinschaft.

A217

Welcher der folgenden Begriffe gehört nicht zum Bereich Gesundheitsförderung oder Gesundheitskompetenz?

- Empowerment
- Pathogenetisch
- Partizipation
- Netzwerke

A218

Welche Aussage zu gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen in Primärversorgungseinheiten ist korrekt?

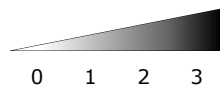
- Sie sind Teil des Honorarkatalogs mit den Krankenkassen.
- Sie sind im Gesetz als wichtige Aufgabe definiert.
- Sie dürfen nur durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden.
- Sie sind im Gesetz als verpflichtende Aufgabe definiert.

## D.) Gesundheitskompetenz

A302

A301

### Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, ...



weiß ich nicht

1. ... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

2. ... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

3. ... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

4. ... Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

5. ... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

6. ... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden\_innen zu verstehen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

7. ... zu verstehen, was Ihr\_e Arzt\_Ärztin Ihnen sagt?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

8. ... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

9. ... die Anweisungen Ihres\_r Arztes\_Ärztin oder Apothekers\_Apothekerin zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

10. ... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

11. ... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

12. ... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem\_r anderen Arzt\_Ärztin einholen sollten?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

13. ... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

14. ... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

15. ... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der \_die Arzt\_Ärztin gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

16. ... den Anweisungen Ihres\_r Arztes\_Ärztin oder Apothekers\_Apothekerin zu folgen?

sehr  
schwierig

sehr  
einfach

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie sich jederzeit gerne bei mir unter [a.herzeg@stud.medunigraz.at](mailto:a.herzeg@stud.medunigraz.at) melden!

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Dr. med. Anna Herzeg, Medizinische Universität Graz – 2024

## Anhang 1.2.: Fragebogen 2 (nachher)

05.01.25, 13:22

Korrekturfahne qnr2 (pve) 05.01.2025, 13:22

pve → qnr2 05.01.2025, 13:22

**Seite 01**

A401

**Fragebogen 2 „Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsförderung“ – NACHHER**

Vielen Dank, dass Sie sich für die zweite Umfrage der Studie wieder Zeit nehmen! Dieser Fragebogen ist Teil einer wissenschaftlichen Arbeit zum Thema Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsförderung in Primärversorgungseinheiten. Bei den folgenden Fragen handelt es sich vor allem um eine subjektive Selbsteinschätzung, daher würde ich Sie bitten die Fragen so ehrlich wie möglich zu beantworten. Die Umfrage wird anonymisiert ohne jegliche Angabe der Primärversorgungszentren oder sonstigen persönliche Daten streng vertraulich behandelt. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 5-10 Minuten. Vielen Dank nochmals für die Teilnahme, bei Fragen oder Bedenken können Sie mich jederzeit unter [a.herzeg@stud.medunigraz.at](mailto:a.herzeg@stud.medunigraz.at) kontaktieren.

A402

**Damit Sie an dieser Studie teilnehmen können, benötigen wir Ihr Einverständnis:**

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

<https://www.sosic survey.de/pve/7s2preview=hb1K0A1Z4ndgmHJgvm0L31Syt7Zz0CCB&questionnaire=qnr2&csfr>

1/9

**A.) Angaben zur Person:**

A501

1. Bitte geben Sie zur Identifizierung der zusammengehörigen Fragebögen denselben persönlichen Code wie im ersten Fragebogen wie folgt an:

A502

Erste Stelle: Letzter Buchstabe des Geburtsmonats

Zweite Stelle: Zweiter Buchstabe des Vornamens der Mutter

Dritte und vierte Stelle: Die ersten beiden Buchstaben des Geburtsorts

Code

A503

2. Wie stark würden Sie ihre Kenntnisse in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenzen einschätzen?

1 = keine  
Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr  
gute  
Kenntnisse

A504

3. Für wie wichtig halten Sie Gesundheitsförderung und die Förderung von Gesundheitskompetenzen im medizinischen Alltag?

1 =  
unwichtig

2

3

4

5

6 = sehr  
wichtig

**B.) Gesundheitsförderung:**

A201

Für die Praxis der Gesundheitsförderung sind mehrere Schlüsselkompetenzen erforderlich. Über welchen Kenntnisstand der Gesundheitsförderung verfügen Sie derzeit hinsichtlich folgender Kernkompetenzen? Die Schlüsselkompetenzen sind teilweise unter dem jeweiligen Text nochmals zum genaueren Verständnis erklärt.

**1. Grundlagenwissen der Gesundheitsförderung (Grundsätze, Konzepte, Theorien):**

A202

Grundlegende Kenntnisse zur Gesundheitsförderung stellen den Rahmen für sämtliche Grundkompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung dar.

1 = keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

**2. Die Berücksichtigung ethischer Werte:**

A203

Die ethischen Werte schließen einen Glauben an Gleichheit und soziale Gerechtigkeit, Respekt der Selbstbestimmung und freien Wahl einzelner Individuen und Gruppen, sowie eine auf Zusammenarbeit und Konsultation begründende Arbeitsweise ein. Die ethischen Werte bilden gemeinsam mit dem Grundlagenwissen die Basis aller anderen Bereich der Grundkompetenzen.

1 = keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A204

### 3. Zielgruppen zum Aufbau von Kompetenzen für die Gesundheitsförderung befähigen:

Zu den verschiedenen Zielgruppen zählen beispielsweise Individuen wie Patient\_innen, Gruppen, Gemeinschaften und Organisationen.

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A205

### 4. Mit und für Individuen für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden eintreten:

Hierbei geht es darum, Advocacy Strategien anwenden und mit Stakeholdern kommunizieren zu können.

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A206

### 5. Interdisziplinär und gemeinsam mit Partnern\_Partnerinnen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung verbessern:

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A207

### 6. Gesundheitsförderung für verschiedene Zielgruppen adäquat kommunizieren:

1= keine Kenntnisse      2      3      4      5      6 = sehr gute Kenntnisse

A208

**7. Eine gemeinsame Vision und Strategie mit Stakeholdern aber auch im Team entwickeln:**



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A209

**8. Bedarfe und Ressourcen erheben:**

Hierzu zählen z.B.: Daten/Literatur suchen und zusammenfassen, einfache Assessmentmethoden anwenden, Determinanten der Gesundheit erheben.



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A210

**9. Messbare Gesundheitsförderungsziele aufgrund von Bedarfs- und Ressourcenanalysen gemeinsam mit Stakeholdern formulieren:**



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A211

**10. Aktivitäten und Maßnahmen entsprechend umsetzen:**

Gesundheitsförderung soll effizient und effektiv, kulturell angepasst und ethisch in Partnerschaft mit Stakeholdern umgesetzt werden.



1= keine Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr gute Kenntnisse

A212

**11. Angemessene Evaluationsmethoden anwenden um die Reichweite, Auswirkungen und Wirksamkeit von Maßnahmen erheben zu können:**



1= keine  
Kenntnisse

2

3

4

5

6 = sehr  
gute  
Kenntnisse

### C.) Wissensbefragung

A219

Es folgen nun 6 zufällig ausgewählte Wissensfragen. Es handelt sich um Single-Choice Fragen mit jeweils nur einer richtigen Antwort. Bitte beantworten Sie mit Ihrem aktuellen Wissenstand soweit wie möglich!

Was ist kein Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in der Primärversorgung?

A213

- Social Prescribing
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Bürgerbeteiligung
- Impfungen

Was versteht man unter Gesundheitskompetenz?

A214

- Die Fähigkeit, medizinische Fachbegriffe zu verstehen.
- Die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.
- Die Fähigkeit, eine gesunde Ernährung zu planen.
- Die Fähigkeit, medizinische Diagnosen zu stellen.

Was ist kein Handlungsfeld zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung?

A215

- Die Initiative „Drei Fragen für meine Gesundheit“
- Vorsorgeuntersuchungen
- Gute Gesundheitsinformationen
- Informierte Impfentscheidungen

Welche der folgenden Aussagen zur Gesundheitsförderung ist korrekt?

A216

- Gesundheitsförderung beinhaltet nur körperliche Aktivitäten.
- Gesundheitsförderung ist nur für kranke Menschen relevant.
- Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen.
- Gesundheitsförderung ist die Aufgabe des Einzelnen und nicht der Gemeinschaft.

A217

Welcher der folgenden Begriffe gehört nicht zum Bereich Gesundheitsförderung oder Gesundheitskompetenz?

- Empowerment
- Pathogenetisch
- Partizipation
- Netzwerke

A218 

Welche Aussage zu gesundheitsfördernden und die Gesundheitskompetenz steigernde Maßnahmen in Primärversorgungseinheiten ist korrekt?

- Sie sind Teil des Honorarkatalogs mit den Krankenkassen.
- Sie sind im Gesetz als wichtige Aufgabe definiert.
- Sie dürfen nur durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden.
- Sie sind im Gesetz als verpflichtende Aufgabe definiert.

---

**Seite 05**

05

A601 

4. Bitte führen Sie stichwortartig an, an welchen gesundheitsförderlichen und/oder die Gesundheitskompetenz steigernden Tätigkeiten Sie während Ihrer Famulatur beteiligt waren bzw. welche Sie selbst durchgeführt haben?


**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie sich jederzeit gerne bei mir unter [a.herzeg@stud.medunigraz.at](mailto:a.herzeg@stud.medunigraz.at) melden!

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Dr. med. Anna Herzeg, Medizinische Universität Graz – 2024

## Anhang 2.1.: Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (MEDIUS), 2022

Maßnahmen/Interventionen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz 2022				
Thema/Titel	Aktivität	Maßnahme/Kurzbeschreibung	zeitlicher Aufwand	Teilnehmende
Bewegung plus	Kurs	Bewegungsangebot für "inaktive" Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren ("inaktiv" = weniger als 150 Minuten Ausdauerbewegung/Woche)	5 Stunden	6
Diabetesschulung für Typ 2 Diabetiker*innen OHNE Insulintherapie	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass Patient*innen über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert und Selbstkontrollen eigenständig durchgeführt werden.	19 Stunden	6
Rauchfrei in 6 Wochen	Workshopreihe	bewährtes Angebot der ÖGK zur Unterstützung von Raucher*innen in der Entwöhnung	10 Stunden	3
Hypertonie-Schulung (herz-leben)	Kurs	Schulung für Bluthochdruck-Patient*innen. Ziel: das Erreichen einer guten Blutdruckeinstellung und die Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen.	1 Stunde	
Gesund und aktiv - Kurs für Menschen mit chronischen Erkrankungen	Kurs	5-Tägiger Kurs zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Angehörige.	3 Stunden (Bewerbung, aktive Ansprache von Patient*innen)	
Rauchfrei in 6 Wochen	Workshopreihe	bewährtes Angebot der ÖGK zur Unterstützung von Raucher*innen in der Entwöhnung	10 Stunden	4
Sturzprävention, Trittsicher und mobil	Kurs	eigenes entwickeltes Programm der ÖGK. Ziel: Stürze gezielt zu vermeiden	24 Stunden	6
Diabetesschulung für Typ 2 Diabetiker*innen OHNE Insulintherapie	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass Patient*innen über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert und Selbstkontrollen eigenständig durchgeführt werden.	19 Stunden	6
Ja, ich kann!	Workshop	Beförderung und interessierte Frauen* sowie Angehörige erfahrenen Wissenswertes	3 Stunden (Bewerbung, aktive Ansprache von Patient*innen)	keine Angabe
Aktiv mit chronischer Krankheit umgehen	Workshop	bewährtes Programm der ÖGK (REVA.NI): wichtige Informationen rund ums Thema Bekost und konkrete Tipps für die Zubereitung	6 Stunden	
Babys 1. Löffelchen – Ernährung im 1. Lebensjahr	Kurs	Schulung für Bluthochdruck-Patient*innen. Ziel: das Erreichen einer guten Blutdruckeinstellung und die Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen.	1 Stunde	
Hypertonie-Schulung	Kurs	Schulung für Bluthochdruck-Patient*innen. Ziel: das Erreichen einer guten Blutdruckeinstellung und die Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen.	20 Stunden	5
Spielvormittag für Senior*innen	Social Prescribing (SP)	Im Rahmen des Projekts Social Prescribing wurden in gemütlichem Rahmen mit Unterstützung von Ludovico (Spielekompetenzzentrum Graz) verschiedene Spiele gespielt.	3 Stunden	
Gemüseteller Alarm – Ernährung der Ein- bis Dreijährigen	Workshop	bewährtes Programm der ÖGK (REVA.NI): Informationen und Tipps, wie man Kinder schon früh für unser vielfältiges Nahrungsangebot begeistert und wovon sie am meisten brauchen.	10 Stunden	3
Philosophische Spaziergänge	Social Prescribing (SP)	Im Rahmen des Projekts Social Prescribing wurden der Austausch über philosophische Themen und die positiven Effekte von Bewegung verbunden.		
Diabetesschulung für Typ 2 Diabetiker MIT Insulintherapie	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass Patient*innen über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert und Selbstkontrollen eigenständig durchgeführt werden.	18 Stunden	6
Körper - Geist - Bauch	Social Prescribing (SP)	Im Rahmen des Projekts Social Prescribing wurden mit zwei Ernährungsexperten Kekse gebacken. Während der Aktivität ging es um Austausch über Ernährung und das Thema "auf den Körper hören".	10 Stunden	5
Kultur erleben	Social Prescribing (SP)	Im Rahmen des Projekts Social Prescribing wurden (in Zusammenarbeit mit der Stadt Graz) Informationen über die Oper vermittelt. Musik-Beispiele besprochen und die Handlung eines Stücks aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet.	10 Stunden	6

## Anhang 2.2.: Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (MEDIUS), 2023

Maßnahmen/Interventionen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz 2023						
Titel der Maßnahme	Art der Maßnahme	Kurzbeschreibung	Dauer der Maßnahme	Zeitaufwand	Teilnehmer	
Hypertone-Schulung	Kurs	Schulung für Bluthochdruck-Patient:innen. Ziel: das Erreichen einer guten Blutdruckeinstellung und die Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen.	6 Stunden	15 Stunden	7	
Rauchfrei in 6 Wochen	Workshop	Um Raucher bei der Entwöhnung zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass Ex-Raucher nicht rückfällig werden.	9 Stunden	6 Stunden	10	
Spielenachmittag für Erwachsene	Spielenachmittag	Im gemutlichen Ambiente des Veranstaltungsraumes werden Spiele gespielt, die Geschicklichkeit, Merkfähigkeit und Kommunikation fördern. Im Vordergrund steht aber der soziale Aspekt: freundliche Zeit gemeinsam mit Anderen.	2 Stunden	10 Stunden	8	
Gesund und aktiv leben	Bewerbung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation	Ein sechstelliges Selbstmanagement-Programm für Frauen* mit chronischen Erkrankungen und für Angehörige*	6 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt	
Start Projekt BGF	Internes Projekt Kick-Off	Kick-Off Veranstaltung mit externer Begleitung (Christine Korak-Wenzel, Projektbegleiter:in). Erklärung von Projektzielen und -ablauf	1 Stunde	4 Stunden	geschätzt 30-35	
Umsetzung BGF	Projekt	die üblichen Projektschritte: MA Workshops, Gesundheitsgespräche mit der Leitung, MA Befragung, Führungskräfteworkshop wurden durchgeführt	69 Stunden	69 Stunden	geschätzt 10-15	
Zucker - bewusst genießen	Bewerbung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation	Informationen über: Stoffwechsel von Zucker, verschiedene Zuckerarten, Nährwertangaben, Süßstoffe sowie: wie kann man Zucker – ohne Verbote – bewusst genießen.	2 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt	
Spielenachmittag für Erwachsene	Spielenachmittag	Im gemutlichen Ambiente des Veranstaltungsraumes werden Spiele gespielt, die Geschicklichkeit, Merkfähigkeit und Kommunikation fördern. Im Vordergrund steht aber der soziale Aspekt: freundliche Zeit gemeinsam mit Anderen.	2 Stunden	8 Stunden	9	
Diabetseschulung für Typ 2 Diabetiker:innen OHNE Insulintherapie	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass der Patient über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert wird und Selbstkontrollen eigenständig durchführen kann.	6 Stunden	19 Stunden	9	
1. Patient*innenstag: Bewegung im Alltag integrieren	Bewerbung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation	Veranstaltung für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Krebs	3,5 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt	
Bewegung in der Diabetiker*innen-Versorgung	Kurseinheit	Auch Bewegung ist ein wichtiger Bestandteil der Diabetiker*innen-Versorgung. Daher haben wir in Kooperation mit Studierenden der FH diese Einheit erarbeitet.	1,5 Stunden	8 Stunden	3	
Diabetseschulung für Typ 2 Diabetiker:innen MIT Insulintherapie	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass der Patient über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert wird und Selbstkontrollen eigenständig durchführen kann.	8 Stunden	18 Stunden	3	
Bewegt im Park	Bewerbung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation	Initiative der SV und des BM für Sport. Kostenlose Bewegungsangebote in Grazer Parks uä	nicht angebar	2 Stunden	nicht bekannt	
Teilnahme an Ausschreibung für "Kostenlose Impulsworkshops" aus der Initiative "Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Gesundheitsseinrichtungen"	Kommunikation	Ausfüllen des Online-Formulars, anschließende Kommunikation mit GÖG	10 Stunden	10 Stunden	1	
Anbahnung ÖNGKG Mitgliedschaft	Kommunikation			5 Stunden	1	
Einführungsworkshop GF, GK für Mitarbeiter:innen	Interner Workshop	anschließend an die Kommunikation bzgl. "kostenlose Impulsworkshops" wurde eine Mitgliedschaft bei der ÖNGKG angebahnt, 2 Workshops finden 2024 statt	1 Stunde	3 Stunden	5	

**Maßnahmen/Interventionen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz 2023**

Titel der Maßnahme	Art der Maßnahme	Kurzbeschreibung	Dauer der Maßnahme	Zeitaufwand	Teilnehmende
Spielesachmittag für Erwachsene	Spielesachmittag	Im gemütlichen Ambiente des Veranstaltungsraumes werden Spiele gespielt, die Geschicklichkeit, Merkfähigkeit und Kommunikation fördern. Im Vordergrund steht aber der soziale Aspekt: freudvolle Zeit gemeinsam mit Anderen.	2 Stunden	8 Stunden	7
Sturzprävention, Trittsicher und mobil	Kurs	Programm der DGK, das hilft, Stürze gezielt zu vermeiden.	12 Stunden	24 Stunden	10
Entspannungsgruppe	Kurs	Stress, Ein- und Durchschlafprobleme... sind Themen, die leider weit verbreitet sind. Daher dieser Kurs, in dem die TN verschiedene Entspannungstechniken kennenlernen über können.	6 Stunden	20 Stunden	7
Ja, ich kann! Aktiv mit chronischer Krankheit umgehen	Bewertung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation Workshop	Betroffene sowie Angehörige erfahren wissenschaftliche Informationen und nützliche Tipps für den Alltag mit einer chronischen Erkrankung.	6 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt
OGK Bewegt	Bewertung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation Aktionstag	Die Veranstaltung soll das Bewusstsein für gesunde Bewegung in der Bevölkerung stärken, den Menschen neue Bewegungsangebote vermitteln und sie zu mehr körperlicher Aktivität ermutigen.	5 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt
Bewusst leben +	Bewertung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation Gesundheitsprogramm	Ein Programm für Menschen ab der Lebensmitte - Themen Entspannung, Ernährung, Bewegung, Sturzprävention, mentale Gesundheit, geistige Fitness.	nicht angebar	2 Stunden	nicht bekannt
Rauchfrei in 6 Wochen	Workshop	Um Raucher bei der Entwöhnung zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass Ex-Raucher nicht rückfällig werden.	9 Stunden	4 Stunden	0
2. Patient*innenstag: Aktiv mit Brustkrebs umgehen	Bewertung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation Informations-Nachmittag mit mehreren Vorträgen	Veranstaltung für Patient*innen mit Brustkrebs und deren Angehörige. In verschiedenen Vorträgen werden wissenschaftliche Informationen und nützliche Tipps vermittelt.	3,5 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt
Mit positiven Gedanken leichter durchs Leben	Bewertung einer Maßnahme, Patient*innenkommunikation Vortrag	Vortrag zur mentalen Gesundheit: Mehr Lebensfreude durch bewusstes Wahrnehmen, Situationen positiv betrachten lernen, Gutes in Veränderungen finden...	1,5 Stunden	2 Stunden	nicht bekannt
Diabeteserschulung für Typ 2	Kurs	Ziel der Schulung ist, dass der Patient über Diabetes und dessen Einflussfaktoren informiert wird und Selbstkontrollen eigenständig durchführen kann.	6 Stunden	9 Stunden	0
Hypertonie-Schulung	Kurs	Schulung für Bluthochdruck-Patient:innen. Ziel: das Erreichen einer guten Blutdruckeinstellung und die Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen.	6 Stunden	7 Stunden	0
MEDIUS - 5-Jahres-Feier	Informations-Stand Gesundheitsförderung	Im Rahmen der Feierlichkeiten zum 5jährigen Bestehen wurde auch eine 'Gesundheitsförderungs-Ecke' erstellt. Dort wurde mit Bildern, Texten und Info-Material illustriert, was MEDIUS im Bereich GF anbietet. In Gesprächen wurden die Besucher*innen weiter darüber informiert.	2 Stunden	8 Stunden	nicht bekannt
Gemütlicher Adventsachmittag	Treffen für ältere Menschen	Eine Veranstaltung, die in der oft hektischen Vorweihnachtszeit eine kleine Ruhe-Oase bieten und der Vereinsamung von Menschen entgegenwirken soll. Ein Stimmung auf Weihnachten, Stärkung der Feiernotivik durch Kekse backen, Gedächtnisübungen durch Rätsel raten..	2 Stunden	8 Stunden	7
			115	281	87