

# **Masterarbeit**

## **Die Rolle der Psychologie in der Primärversorgung in Österreich**

Eine Befragung von Psycholog\*innen in der Primärversorgung

eingereicht von

**Laura Plotho, MSc, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health (MPH)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt im

**Universitätslehrgang Public Health**

unter der Anleitung von

Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Priv.-Doz. Dr. Stefan Korsatko, MBA

Graz, am 11.07. 2025.

## **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 11. 07. 2025

Laura Plotho 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, 11. 07. 2025

Laura Plotho e.h.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, all jenen herzlich zu danken, die mich in den vergangenen drei Jahren sowie bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Martin Sprenger, der mir mit fachlicher Expertise, wertvollen Impulsen und konstruktivem Feedback zur Seite stand. Ebenso danke ich Dr. Stefan Korsatko für die Zweitbetreuung.

Ich bin sehr dankbar, die Möglichkeit erhalten zu haben, mich im Bereich Public Health weiterzubilden und wertvolle Lernerfahrungen zu sammeln. In diesem Zusammenhang gilt mein besonderer Dank Frau Mag. Sendlhofer für die Organisation des Lehrgangs und ihrer Unterstützung bei allen administrativen Anliegen.

Außerdem möchte ich ein großes Dankeschön an meine Studienkolleginnen Anna und Katja, sowie allen Personen, die mich in der Fragebogenerstellung und der Pre-Testung unterstützt haben, aussprechen.

Weiters möchte ich mich bei den teilnehmenden Psycholog\*innen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, an der Befragung mitzuwirken und somit einen wichtigen Beitrag zu meiner Arbeit geleistet haben.

Anschließend möchte ich mich bei meiner Familie bedanken – insbesondere bei meinen Eltern, die mich stets in all meinen Entscheidungen bestärken. Ein ganz besonderer Dank geht an meinen Freund Lukas, der mich stets motiviert hat und diese Arbeit aufmerksam Korrektur gelesen hat.

## Zusammenfassung

**Problemstellung:** Die Integration der psychologischen Versorgung in die Primärversorgung wird von der Weltgesundheitsorganisation als zentrale Maßnahme erachtet, da psychische Erkrankungen weltweit zunehmen. Psychische Probleme sind in der Primärversorgung keine Seltenheit, da Hausärzt\*innen meist die erste Anlaufstelle für Betroffene darstellen. Eine Überweisung an externe Einrichtungen wird jedoch oft nicht in Anspruch genommen, ein Grund dafür ist Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Studien zeigen, dass psychologische Interventionen in der Primärversorgung wirksam sind. In mehreren europäischen Ländern sind Psycholog\*innen bereits Teil der multiprofessionellen Teams. Auch in Österreich können Klinische Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten sein - ob und in welchem Umfang sie dort tätig sind, hängt jedoch stark von den regionalen Gegebenheiten und dem spezifischen Bedarf ab.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, die Tätigkeiten von Psycholog\*innen in den Primärversorgungseinheiten mit den definierten Handlungskompetenzen zu vergleichen und Potenziale für eine verbesserte psychologische Versorgung zu identifizieren.

**Methode:** In einer Fragebogenerhebung wurden Psycholog\*innen, die in Primärversorgungseinheiten tätig sind, zu ihren Aufgabenfeldern, Wünschen und ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Psycholog\*innen setzen in der Primärversorgung verschiedene Handlungskompetenzen ein, darunter die Akutbetreuung in Krisensituationen, die klinisch-psychologische Beratung und Behandlung, sowie Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention. Die Durchführung klinisch-psychologischer und gesundheitspsychologischer Diagnostik wird hingegen seltener als Tätigkeit angegeben. Auch die Entwicklung und Umsetzung präventiver Maßnahmen wird nur von weniger als der Hälfte der Befragten als Teil ihrer Tätigkeit genannt. Verbesserungspotenzial sehen die Befragten insbesondere in den Bereichen der finanziellen, personellen, zeitlichen, strukturellen sowie in multiprofessionellen Ressourcen. Der Employee Experience Score weist insgesamt hohe Zufriedenheitswerte auf, wobei das individuelle Engagement besonders stark ausgeprägt ist. Die geringste Zufriedenheit zeigt sich in den Bereichen Vergütung und Entwicklungsmöglichkeiten.

**Diskussion:** Die erhobenen Tätigkeiten zeigen Überschneidungen mit den definierten Handlungskompetenzen. Insbesondere im Bereich der Diagnostik bestehen Optimierungsmöglichkeiten. Darüber hinaus sind politische und organisationale Veränderungen notwendig, um die Rolle der Psychologie in der Primärversorgung zu stärken.

**Fazit:** Um die psychologische Versorgung in der Primärversorgung zu verbessern, sollte die Psychologie in das erweiterte Kernteam integriert werden. Dafür sind ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen pro Klient\*in sowie eine gezielte Förderung der multi- und interdisziplinären Zusammenarbeit erforderlich.

## Abstract

**Background:** The World Health Organization considers the integration of mental health into primary care to be key factor for psychosocial care, given that mental illnesses are on the rise worldwide. Mental health issues are common in primary care, as general practitioners are usually the first point of contact for those affected. However, referral to external facilities is often not sought, partly due to the stigmatization of mental illness. Studies show that psychological interventions are effective in primary care settings. In several European countries, psychologists are already an integral part of multi-professional teams. In Austria, clinical and health psychologists can be part of the extended team in primary care units, but whether and to what extent depends on regional circumstances and specific needs.

**Objective:** This study aims to compare activities of psychologists working in primary care units with their defined competencies and to identify potential for improved psychological care.

**Methods:** A questionnaire survey was conducted with psychologists working in primary care units, asking them about their work field, wishes and job satisfaction. The data was analyzed descriptively.

**Results:** Psychologists use a variety of competencies in primary care, including acute care in crisis, clinical psychology counselling and treatment, and primary, secondary and tertiary prevention measures. Conducting clinical and health psychological diagnostics is mentioned less frequently. Less than half of the respondents mention the development and implementation of preventative measures as part of their work. Respondents identified areas for improvement, particularly with regard to funding, personnel resources, time capacities, structural conditions, and multi-professional collaboration. The Employee Experience Score indicates high overall satisfaction, with particularly strong sense of individual commitment. The greatest satisfaction is found in the areas of remuneration and development opportunities.

**Discussion:** The surveyed activities show an overlap with the defined competencies. There is potential for optimization, particularly in diagnostics. Additionally, political and organizational changes are required to reinforce the role of psychology in primary care.

**Conclusion:** To improve psychological care in primary care, psychology must be integrated into the extended core team. This requires sufficient personnel and time resources for each client, as well as the promotion of targeted multi- and interdisciplinary cooperation.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	ii
Zusammenfassung.....	iii
Abstract .....	v
Inhaltsverzeichnis.....	vii
Abkürzungsverzeichnis .....	ix
Abbildungsverzeichnis.....	x
Tabellenverzeichnis.....	xi
1 Theoretische Aspekte .....	1
1.1 Primärversorgung.....	1
1.1.1 Multiprofessionalität in der Primärversorgung .....	2
1.2 Primärversorgung in Österreich .....	4
1.3 Psychosoziale Versorgung in Österreich.....	6
1.3.1 Psychologische Versorgung .....	7
1.4 Psychologische/psychosoziale Versorgung in der Primärversorgung.....	9
1.4.1 Internationale Beispiele.....	10
1.4.2 Psychologische Versorgung in der Primärversorgung in Österreich.....	12
1.5 Fragestellung .....	14
2 Methoden.....	15
2.1 Fragebogenerstellung .....	15
2.1.1 Überarbeitung Fragebogen.....	15
2.2 Fragebogen Arbeitszufriedenheit.....	16
2.2.1 Gütekriterien.....	17
2.3 Rekrutierung.....	17
2.4 Statistische Auswertung .....	18
3 Ergebnisse .....	19
3.1 Soziodemographie.....	19
3.2 Beschreibung des Arbeitsplatzes von Psycholog*innen in der Primärversorgung .....	21
3.3 Tätigkeitsprofil.....	23
3.3.1 Tätigkeitsbeschreibung durch offene Antworten der Psycholog*innen.....	23
3.3.2 Tätigkeitsbeschreibung durch Fragebogenerhebung.....	24
3.3.3 Unverzichtbare Tätigkeitsbereiche von Psycholog*innen in der Primärversorgung .....	28
3.4 Potenziale der Psychologie in der Primärversorgung.....	28

3.5	Zufriedenheit, Commitment und Engagement .....	29
4	Diskussion.....	32
4.1	Conclusio.....	38
4.2	Empfehlungen .....	38
4.3	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf.....	39
	Literaturverzeichnis.....	41
	Anhang.....	46

## Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeine Sozialversicherungsgesetz
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psycholog*innen
bzw.	Beziehungsweise
DKGP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
EU	Europäische Union
EXQ	Employer Experience Questionnaire
NHS	National Health Service
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PVE	Primärversorgungseinheit
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Team einer Primärversorgungseinheit. Quelle: Plattform Primärversorgung (28.02.2025) .....	6
Abbildung 2: Factsheet Kompetenzen Klinische Psychologie. Quelle: Plattform Primärversorgung. PVE Berufsgruppen Factsheets. (07.05.2025) .....	12
Abbildung 3: Factsheet Kompetenzen Gesundheitspsychologie. Quelle: Plattform Primärversorgung. PVE Berufsgruppen Factsheets. (07.05.2025) .....	13
Abbildung 4: Vergleich der Stichprobe mit der Population mit den Variablen "Geschlecht" und "Bundesland" .....	21
Abbildung 5: Reihung der Berufsgruppen nach Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Psycholog*innen. ....	22
Abbildung 6: Verbesserungswünsche von Seiten der Psycholog*innen.....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografie .....	20
Tabelle 2: Arbeitsbezogene Variablen .....	23
Tabelle 3: Tätigkeitsprofil.....	27
Tabelle 4: Arbeitszufriedenheit von Psycholog*innen in den PVE .....	31

# 1 Theoretische Aspekte

## 1.1 Primärversorgung

Das Konzept der Primärversorgung entstand in den späten 1960er und zu Beginn der 1970er Jahre, nachdem die Kritik an der bestehenden Gesundheitsversorgung immer lauter wurde. In dieser Zeit konnte man einen Anstieg an Projekten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkennen, die sich mit der Entwicklung von grundlegenden Gesundheitsdiensten beschäftigte. Diese Projekte gelten als die institutionellen Vorläufer der Primärversorgung (1).

1978 verabschiedete die WHO, gemeinsam mit der United Nations Children's Fund (UNICEF), die Deklaration von Alma-ATA und markierte einen wichtigen Wendepunkt in der globalen Gesundheitspolitik. Die wichtigsten Ziele der Deklaration waren der Fokus auf eine primäre Gesundheitsversorgung, um ein akzeptables Gesundheitsniveau weltweit zu erzielen, die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Primärversorgung zu lenken und betont die Notwendigkeit eines zufriedenstellenden Gesundheitsniveaus aller Menschen zu gewährleisten (2).

Trotz der Fortschritte seit der Deklaration von 1978 werden im World Health Report 2008 immer noch gesundheitliche Ungleichheiten berichtet. Daher wird die Bedeutung von Reformen in der Primärversorgung betont, die sich auf einen universellen Zugang sowie soziale Gerechtigkeit, um den schnellen Veränderungen in der Welt begegnen zu können, konzentrieren. Vier zentrale Reformen werden beschrieben. Reformen im Bereich der Leistungserbringung mit einer Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen, der flächendeckenden Versorgung mit umfassendem Zugang, der staatlichen Politik, um gesündere Gemeinschaften gewährleisten zu können, sowie eine effektive Führungsreform. Durch den Wandel an Gesundheitsproblemen, aufgrund der schnellen Verbreitung an Infektionserkrankungen, durch die erhöhte Belastung durch chronische Erkrankungen und durch den Klimawandel, wird die Notwendigkeit der Primärversorgung und der Bedarf an umfassenden, langfristigen und nachhaltigen Strategien unterstrichen (3).

Die Stärke der Primärversorgung ist international gesehen nicht gleich. Länder unterscheiden sich in Hinblick auf die Struktur und die Prozesse innerhalb der Primärversorgung. Die

Diskrepanz zwischen den Ländern kann auf die nationalen und internationalen politischen Initiativen und die notwendigen Investitionen in die Primärversorgung zurückzuführen sein (4). Eine weitere Studie hat festgestellt, dass die Länder in der Einschätzung über eine personenzentrierte Primärversorgung stark variieren. Die Ergebnisse dieser Studie rufen Fragen über den Einfluss der Politik, Kultur, Demografie und Praktiken der jeweiligen Länder hinsichtlich der Primärversorgung auf (5).

Auch ein Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) weist weiterhin darauf hin, dass die Potenziale der Primärversorgung noch nicht ausgeschöpft sind. Die Primärversorgung muss modernisiert werden, um die komplexen Herausforderungen im Bereich der Gesundheit bewältigen zu können. Dabei sollen auch Gesundheitssysteme zukunftsfähig und patientenorientiert gestaltet werden (6).

### 1.1.1 Multiprofessionalität in der Primärversorgung

In einigen Ländern scheint aufgrund des Mangels an Allgemeinmediziner\*innen die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Primärversorgung erschwert (7). Hinzu kommt eine alternde Bevölkerung mit der Zunahme an chronischen Erkrankungen, die eine intensive Betreuung benötigen, die Allgemeinmediziner\*innen in der Regel nicht zur Verfügung haben (8). Eine mögliche Lösung für dieses Problem ist die interprofessionelle Kollaboration (9). Man geht davon aus, dass 47% der chronischen Versorgung und 77% der präventiven Versorgung an andere Gesundheitsberufe delegiert werden können (10-12).

Eine Form der Delegation wird als Task-Switching bezeichnet, was bedeutet, dass Gesundheitsberufe ärztliche Tätigkeiten ausführen bzw. übernehmen. In der Primärversorgung sind das insbesondere Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen (DKGP), die Aufgaben von Ärzt\*innen übernehmen können und dies zu einer Verbesserung der Versorgung führen könnte (13). In einer Übersichtsarbeit wurden die Aufgaben, die DKGP übernehmen, identifiziert. Darunter fallen der Erstkontakt mit den Patient\*innen und die Triage, Anamnese, edukative und informative Beratungen, Kontrolle der Medikation und Verschreibung von Medikamenten unter Supervision, Überweisung zu Ärzt\*innen und Gesundheitsberufen, Anordnen von weiteren Untersuchungen und kontinuierliche Versorgung (14).

Auswirkungen von Task-Switching konnten auf der Ebene der Patient\*innen, der Gesundheitsversorgung und der klinischen Ebene in einer Übersichtsarbeit identifiziert werden. Auf Seiten der Patient\*innen ergaben sich niedrige bis gleichbleibende Mortalität, weniger bis gleichbleibende Krankenhausaufnahmen, gleichbleibende körperliche Funktionen, Lebensqualität und Schmerz, sowie eine erhöhte Patient\*innenzufriedenheit. Auf der Ebene der Gesundheitsversorgung konnte die Erhöhung der Dauer der Konsultationen und eine erhöhte Anzahl der Patient\*innen, die für Konsultationen wiederkommen, als positive Auswirkungen festgestellt werden. Die Reduzierung von systolischem und diastolischem Blutdruck konnte als klinische Auswirkung identifiziert werden. In der Versorgung von chronischen Patient\*innen zeigte sich bei der Versorgung durch DKGP bessere Ergebnisse der sekundären Prävention (14).

Auch andere Berufsgruppen, wie Apotheker\*innen und weitere Gesundheitsberufe können zusätzliche Rollen und Aufgaben übernehmen, die einen positiven Einfluss auf die Versorgung haben (15).

Multidisziplinäre Teams beschreiben eine Gruppe von mehr als zwei Berufsgruppen, die an einem Projekt unabhängig voneinander oder parallel zusammenarbeiten (16). Aus einer Literaturarbeit geht hervor, dass multidisziplinäre Teams in der Primärversorgung aus durchschnittlich 4,5 unterschiedlichen Berufen bestehen. Neben dem Arzt / der Ärztin und DKGP, sind Gesundheitsberufe wie Diätolog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Apotheker\*innen, Psycholog\*innen, Physiotherapeut\*innen und Ergotherapeut\*innen Teil des multidisziplinären Teams in der Primärversorgung. Diese Zusammenarbeit wurde überwiegend als positiv oder neutral empfunden im Vergleich zu Alternativen ohne multidisziplinäre Teams (17).

Die Qualität der Zusammenarbeit scheint einen wichtigen Einfluss auf die Versorgung zu haben. Eine bessere Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams führt zu einer besseren Leistung. Studien legen nahe, dass eine gute Zusammenarbeit und gutes Klima zu einem besseren Prozess der Versorgung für Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen (18, 19) sowie zu einer besseren Kontinuität der Versorgung und Zugang zur Versorgung führen (20). Auch die Patient\*innenzufriedenheit scheint bei funktionierenden Teams besser zu sein (20, 21). Aber nicht nur Patient\*innen profitieren von einer kollaborativen Zusammenarbeit, auch die Arbeitszufriedenheit der Teammitglieder ist erhöht (22).

Dieser Abschnitt zeigt, dass der Zusammenarbeit von Ärzt\*innen und DKGP sowie weiteren Gesundheitsberufen in der Primärversorgung eine wichtige Rolle zukommt, zur Entlastung der Ärzt\*innen führt und eine effiziente Versorgung durch ein Team mit verschiedenen Fähigkeiten gewährleistet wird. Welche Gesundheitsberufe in der Primärversorgung tätig sein sollen, ist von Primärversorgungspraxis zu Primärversorgungspraxis unterschiedlich. Die spezifischen lokalen und kontextuellen Lebensumstände sollten berücksichtigt werden (23).

## 1.2 Primärversorgung in Österreich

In Österreich wurde 2007 erstmals die Idee von ambulanten Versorgungszentren politisch präsentiert, wurde jedoch von Seiten der Ärztekammer scharf kritisiert. Das Thema wurde erst wieder mit der Gesundheitsreform 2013 aktuell (24). Dass die Stärke der Primärversorgung in Österreich daher in der Arbeit von Kringos (4) als schwach bewertet wurde, ist nicht überraschend. Erst 2014 konnte ein Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung beschlossen werden (25). Seit 2017 ist die Primärversorgung in den Primärversorgungseinheiten im Primärversorgungsgesetz (PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017 idgF.) geregelt (26).

Die Reform der Primärversorgung war auch dahingehend notwendig, da Allgemeinmediziner\*innen eine immer höhere Arbeitslast aufwiesen, vor allem in ländlichen Regionen (27). Auch der Faktor, dass angehende Ärzt\*innen sich immer seltener für das Fach der Allgemeinmedizin entscheiden (28), ist eine wichtige Erkenntnis für die Primärversorgung.

In der Bundes-Zielsteuerungskommission 2014 wurde eine Vision der Primärversorgung erstellt. Definiert wird die Primärversorgung in diesem Konzept als „allgemein und direkt zugängliche Stelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung, die den Versorgungsprozess koordiniert und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleistet unter der Berücksichtigung gesellschaftlicher Bedingungen“. Die Primärversorgung soll allen Bürger\*innen mit gesundheitlichen Anliegen als erste und niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stehen, sowie eine umfassende Grundversorgung und Koordination der Versorgung durch die Allgemeinmedizin und weiterer Gesundheitsberufe, im Rahmen eines multidisziplinären Teams, bieten. Die Primärversorgung bietet demnach auch eine neue und flexible Form der Berufsausübung für alle Gesundheitsberufe (25).

Ziel der neuen Primärversorgung auf Patient\*innenebene soll sein, dass die Zugänglichkeit verbessert wird. Es sollen wohnortnahe, gut angebundene Primärversorgung entstehen, die auch zu Tagesrandzeiten Öffnungszeiten bieten. Die Koordination der Versorgung soll dahingehend verbessert werden, dass Patient\*innen weniger Wege im Gesundheitssystem zurücklegen müssen. Ein Ziel ist die Kontinuität der Versorgung durch die Primärversorgung zu gewährleisten, insbesondere für chronisch Kranke, Kinder und ältere Personen. Weiters soll die Gesundheitsförderung und Prävention in die Primärversorgung integriert werden. Außerdem soll die Primärversorgung eine Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitsversorgungs- und Sozialsystem bieten (25).

Für Angehörige der Gesundheitsberufe soll die Primärversorgung ein attraktives Tätigkeitsfeld bieten, durch die Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen und eine verstärkte Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Auf systemischer Ebene soll durch die Reform die Allgemeinmedizin gestärkt werden und eine zielgerichtete Versorgung gefördert werden, die zu einer Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten und überfüllten Spitalsambulanzen beitragen soll (25).

Ein Kernelement der Reform der wohnortnahen, multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung ist der Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE) (29). Das Kernteam der PVE besteht aus mindestens zwei Ärzt\*innen für Allgemeinmedizin und einer DKGP. Je nach Bedarf soll zusätzlich ein Facharzt/eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde in das Kernteam aufgenommen werden. Das erweiterte Team der PVE ist orts- und bedarfsabhängig und kann aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen bestehen (Abbildung 1) (26).

Die gesetzlichen Leistungsanforderungen an die PVE zeigen deutlich, dass eine multidisziplinäre Zusammenarbeit notwendig ist, um die Versorgung der Patient\*innen bestmöglich zu gestalten. Diese Leistungsanforderungen umfassen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Personen und chronisch kranken Patient\*innen, sowie die

## Das Team einer PVE

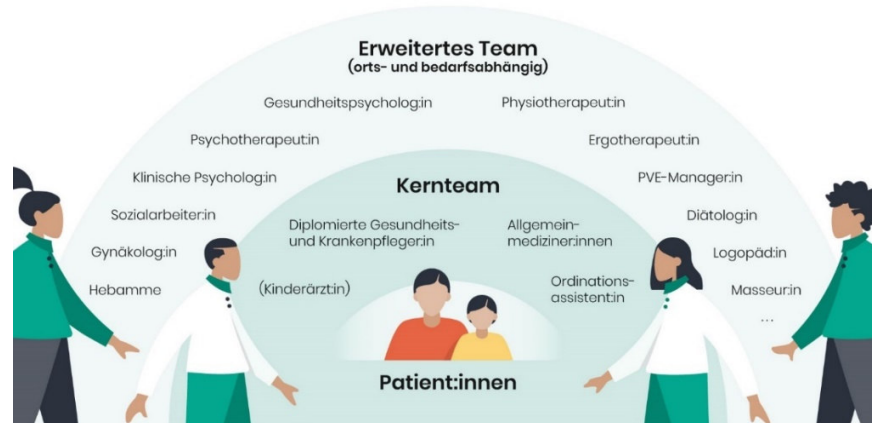


Abbildung 1: Das Team einer Primärversorgungseinheit. Quelle: Plattform Primärversorgung (28.02.2025)

psychosoziale Versorgung, das Arzneimittelmanagement und Gesundheitsförderung und Prävention (26).

In den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) wurden österreichweit 133 PVE bis 2025 geplant (29). Mittlerweile steht Österreich bei insgesamt 84 PVE (Stand 28.02.2025) (30). Die Qualität der Primärversorgung wurde in der Steiermark mittels Patient\*innen- und Teambefragungen erfasst. Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) führt seit 2018 zweijährlich Befragungen durch.

### 1.3 Psychosoziale Versorgung in Österreich

Aufgrund der Häufung von gesellschaftspolitischen und finanziellen Krisen darf die psychische Gesundheit in der Versorgung nicht außer Acht gelassen werden. Anhand der stetig steigenden Krankenstandzahlen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (2023: 155.072 Fälle; 2020: 109.881 Fälle) lässt sich die Bedeutsamkeit der psychischen Versorgung ablesen (31). Knapp ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung leidet unter psychischen Erkrankungen (32). Innerhalb der Europäischen Union (EU) liegt Österreich bei der Belastung der psychischen Gesundheit über dem EU-Durchschnitt (33).

Die psychosoziale Versorgung wurde in den vergangenen Jahren ausgebaut (34), aufgrund fehlender etablierter und tagesaktueller Messwerte der psychosozialen Gesundheit, lässt sich die Versorgung jedoch nur schwer erfassen (35).

Das Unterstützungs- und Behandlungsangebot in der psychosozialen Versorgung ist vielfältig und reicht von Telefonhotlines, Selbsthilfegruppen bis hin zu psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen. Sowohl die psychologische als auch die psychotherapeutische Versorgung werden demnach als Teil der psychosozialen Versorgung angesehen (35).

Aufgrund dieser breitgefächerten Angebote ist die Unterscheidung zwischen den einzelnen Leistungen der Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der psychotherapeutischen Medizin für Betroffene nur schwer nachzuvollziehen. Daher erscheint eine Annäherung der psychosozialen Berufsgruppen dringend notwendig (34).

### 1.3.1 Psychologische Versorgung

Durch die 50. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) 1992 wurde die klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und Teil des Pflichtleistungskataloges der sozialen Krankenversicherungen (BGBl. Nr 676/1991) (36). 32 Jahre hat es gedauert, bis die klinisch-psychologische Behandlung im ASVG aufgenommen wurde. Seit 2024 ist nun auch die klinisch-psychologische Behandlung mit der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherungen aufgenommen worden (ASVG). Anders als bei der klinisch-psychologischen Diagnostik besteht jedoch derzeit keine vertragliche Regelung bezüglich der klinisch-psychologischen Behandlung, daher ist eine direkte Verrechnung mit der Krankenversicherung nicht möglich, jedoch erhalten Betroffene einen gesetzlich geregelten Kostenzuschuss (37).

Die Berufsausübung und die Ausbildung von Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen ist im Psychologengesetz 2013 (PIG 2013) geregelt. Voraussetzung für diesen Beruf ist ein abgeschlossenes Studium der Psychologie, bei dem bestimmte Kriterien erfüllt sein müssen, sowie eine postgraduelle Ausbildung in Klinischer Psychologie und/oder Gesundheitspsychologie (38).

Auf dieser Basis lässt sich eine Diskrepanz zwischen den gesetzlichen Befugnissen klinischer Psycholog\*innen und den Verrechnungsmöglichkeiten mit den Sozialversicherungsträgern im extramuralen Bereich erkennen (34). Im Psychologengesetz 2013 fallen die klinisch-

psychologische Diagnostik und die darauf aufbauenden klinisch-psychologischen Befunde und Gutachten unter den Tätigkeitsvorbehalt, das heißt diese Tätigkeiten sind Klinischen Psycholog\*innen zugewiesen. Weitere Tätigkeiten, die jedoch nicht unter den Tätigkeitsvorbehalt fallen, jedoch explizit als Tätigkeitsbereich im Gesetz erwähnt werden, sind die klinisch-psychologische Behandlung, die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, die klinisch-psychologische Beratung und die klinisch-psychologische Evaluation. Zusammenfassend umfasst die Klinische Psychologie Untersuchung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens, sowie deren gesundheitsbezogenen und störungsbedingten Einflüsse und die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen (38).

Gesetzliche Tätigkeitsbereiche der Gesundheitspsychologie sind nicht im ASVG enthalten. Aufgaben der Gesundheitspsychologie sind vielfältig und umfassen verschiedene Aspekte. Die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Projekten, die mit der Förderung und dem Erhalt von Gesundheit von einzelnen Personen und Gruppen zusammenhängen, gehören genauso zu den Aufgabenbereichen, wie auch die Analyse von Personen mit gesundheitspsychologischen Verfahren zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitsverhaltens und dessen Ursachen, die Erstellung von gesundheitspsychologischen Gutachten und Befunden, gesundheitspsychologische Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, Beratung in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit und die Verminderung von Gesundheitsrisiken (38).

Die Gesundheitspsychologie kommt neben der Analyse und Beratung von Personen bzw. Personengruppen auch in Bezug auf Institutionen, Organisationen und Systemen zum Einsatz. Aufgaben in diesem Bereich sind die Analyse gesundheitsbezogener Rahmenbedingungen, Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von gesundheitsförderlichen Projekten (38).

Da es ein breites Angebot an Unterstützungsangeboten in der psychosozialen Versorgung gibt, kann es bei Betroffenen zu einer Überforderung kommen, sich die beste und geeignetste Hilfe zu suchen. Daher erscheint es wichtig, dass erste Anlaufstellen ausgebaut werden (34). Hierbei spielt die Primärversorgung eine wichtige Rolle (34), die aufgrund der Multidisziplinarität einen

Teil zur psychosozialen Versorgung beitragen kann. Hinzu kommt, dass Allgemeinmediziner\*innen oft auch bei psychischen Problemen die erste Anlaufstelle für Patient\*innen sind (39). Daher ist die Integration der psychologischen Versorgung, als Teil der psychosozialen Versorgung, in die Primärversorgung wichtig.

#### 1.4 Psychologische/psychosoziale Versorgung in der Primärversorgung

Die WHO empfiehlt die Integration von psychologischen Gesundheitsdiensten in die Primärversorgung (40). Die psychische Gesundheit ist als wesentlicher Bestandteil der Gesundheit und des Wohlbefindens anzuerkennen. Aufgrund der globalen Belastung durch psychische Störungen ist eine Integration der psychischen Gesundheitsversorgung in die Primärversorgung notwendig (41). Die Integration ist auch deswegen wichtig, da psychologische Probleme in der Primärversorgung keine Seltenheit sind. Ebenso suchen die meisten Patient\*innen mit psychologischen Problemen die Primärversorgung als Anlaufstelle auf (42). Oft werden psychische Probleme jedoch nicht erkannt und nur ein geringer Anteil wird an spezialisierte Einrichtungen weitervermittelt (39). Wenn die psychischen Probleme in der Primärversorgung erkannt werden, werden die Patient\*innen zumeist von Allgemeinmediziner\*innen behandelt (43, 44). Diese Behandlung erfolgt meist durch die Gabe von Medikamenten (45). Patient\*innen, die Bedenken gegenüber Medikation haben, würden jedoch Beratungen präferieren (46).

Die Vermittlung von Patient\*innen mit psychischen Problemen an externe Einrichtungen wird meist nicht aufgegriffen. Nur 10 % wenden sich an externe psychosoziale Einrichtungen (47). Die Integration von psychologischen Gesundheitsdiensten in die Primärversorgung führt zu einer höheren Rate bei der Inanspruchnahme der Psychologie durch Überweisungen und bietet daher einen leichteren Zugang für Patient\*innen (48, 49). Weitere Vorteile, die sich durch die Integration ergeben, ist die Entstigmatisierung von psychischen Problemen. Da die Primärversorgung nicht mit spezifischen Gesundheitsproblemen assoziiert wird, macht es den Zugang für Betroffene leichter und vergrößert die Akzeptanz der Patient\*innen und deren Angehörigen (49-51). Personen, die ein höheres Maß an Stigmatisierung der psychischen Gesundheit empfinden, ziehen es vor, Psycholog\*innen in der Primärversorgung aufzusuchen. Umgekehrt präferieren Personen, die ein niedriges Maß an Stigmatisierung empfinden, spezielle psychologische Einrichtungen bzw. haben keine Präferenz (52). Ein weiterer positiver Aspekt

ist die Optimierung der psychischen aber auch der physischen Gesundheit (53), da durch den verbesserten Zugang gleichzeitig der Zugang zur Behandlung von komorbiden physischen Problemen verbessert wird (49).

Studien belegen die Effektivität von psychologischen Interventionen in der Primärversorgung. Die Effektivität der Behandlung von Depressionen in der Primärversorgung konnte in einer Metaanalyse bestätigt werden (54). Psychologische Beratungen in der Primärversorgung haben sich als effektiver als die herkömmliche Versorgung erwiesen und als nützliche zusätzliche Möglichkeit zur Versorgung durch die Allgemeinmediziner\*innen (55). Durch die psychologischen Beratungen konnte die Anzahl der Kontakte mit dem Hausarzt / der Hausärztin reduziert werden, ebenso wie die Anzahl an medikamentösen Verschreibungen und Überweisungen zu externen psychologischen Gesundheitsdienstleistern (56).

Psycholog\*innen können in der psychosozialen Versorgung in der Primärversorgung einen wertvollen Beitrag im Bereich der direkten Gesundheitsdienstleistung, der Entwicklung von psychosozialen Programmen für das Management von chronischen Erkrankungen und die Anwendung von präventiven Programmen und Interventionen für Veränderungen im Gesundheitsverhalten leisten (57).

#### 1.4.1 Internationale Beispiele

Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Überblick geliefert, wie die psychologische Versorgung in Ländern mit einer starken Primärversorgung (4) eingegliedert ist und welche Rolle sie in den jeweiligen Ländern spielt.

##### *1.4.1.1 Niederlande*

In den Niederlanden sind Psycholog\*innen ein fixer Bestandteil in der Primärversorgung. Psycholog\*innen in der Primärversorgung sind unabhängige, in der Gemeinde ansässige Fachleute, die eng mit Allgemeinmediziner\*innen zusammenarbeiten. Seit 2008 werden psychologische Interventionen und Beratungen durch das niederländische Krankenversicherungssystem erstattet (58).

### *1.4.1.2 Großbritannien*

Das National Health Service (NHS) in Großbritannien integriert die psychische Gesundheit in die Primärversorgungsnetzwerke. Die gemeinsame Unterbringung von Therapeut\*innen unterstützt das Bestreben der NHS die Arbeitskräfte in der Primärversorgung zu stärken. Psycholog\*innen werden als vollständige Mitglieder des Primärversorgungsteams angesehen, die nicht nur Selbstüberweisungen von Patient\*innen, sondern auch von allen anderen Gesundheitsberufen bekommen. Als Teil einer integrierten Primärversorgung sollen Psycholog\*innen an Teambesprechungen teilnehmen, mit fachlichen Ratschlägen unterstützen und mit anderen Gesundheitsberufen zusammenarbeiten (59).

### *1.4.1.3 Dänemark*

In Dänemark ist es unüblich, dass Psycholog\*innen und Allgemeinmediziner\*innen in derselben Praxis zusammenarbeiten. In den vergangenen Jahren ist die mentale Gesundheit jedoch verstärkt in den Fokus gerückt, um die psychosoziale Versorgung zu verbessern. In der Primärversorgung stellen Allgemeinmediziner\*innen häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen dar. Daher ist die Integration psychosozialer Dienstleistungen in die Primärversorgung entscheidend, um frühzeitige Interventionen und eine ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Stärkung der Zusammenarbeit und Koordination zwischen Allgemeinmediziner\*innen und Psycholog\*innen (60).

### *1.4.1.4 Slowenien*

In Slowenien findet die Primärversorgung hauptsächlich in Primärversorgungszentren statt. In all diesen Gesundheitszentren sind sogenannte Zentren für Gesundheitsförderung integriert, die Prävention, Gesundheitsförderung und psychische Gesundheitsdienstleistungen beinhalten. Dennoch gibt es einen Mangel an Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen. Das Nationale Programm der Psychischen Gesundheit 2018-28 präsentiert einen guten Rahmen für die Entwicklung eines interdisziplinären Ansatzes für die psychische Gesundheitsversorgung in der Primärversorgung. Die Hoffnung auf mehr psychologisches Personal wird durch diesen Ansatz genährt (61).

## 1.4.2 Psychologische Versorgung in der Primärversorgung in Österreich

In Österreich können sowohl Klinische Psycholog\*innen als auch Gesundheitspsycholog\*innen in der Primärversorgung tätig sein. Sie gehören jedoch nicht dem Kernteam an, sondern sind Angehörige des erweiterten Teams (Abbildung 1). Gemäß dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG) können Psycholog\*innen orts- und bedarfsabhängig in den PVE beschäftigt werden (26). Spezialisierte ambulante psychologische Dienste sind jedoch auch ohne Überweisung verfügbar. Die Übernahme der Kosten ist durch die Sozialversicherungen limitiert und Patient\*innen müssen einen Großteil der Kosten selbst übernehmen (33).

Elemente des Kompetenzprofils Klinische Psychologie (vgl. Berufsverband Österreichischer PsychologInnen)	
<b>Krisenintervention</b>	Akutbetreuung im Notfall, z.B. Tod eines Angehörigen, gravierende medizinische Diagnose
<b>Klinisch-psychologische Diagnostik</b>	Alle ICD-10 F Diagnosen: psychische Störungen und Verhaltensstörungen
<b>Klinisch-psychologische Beratung</b>	z.B. Förderung der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsakzeptanz, Psychoedukation, Angehörigenbetreuung
<b>Klinisch-psychologische Behandlung &amp; Psychologische Therapie</b>	Bei psychischen Erkrankungen, z.B. Angst, Depression Bei somatischen Erkrankungen, z.B. Schmerz, Diabetes
<b>Verlaufskontrolle</b>	Erreichung der Therapieziele überprüfen, Änderungen und Entwicklungen feststellen

Abbildung 2: Factsheet Kompetenzen Klinische Psychologie. Quelle: Plattform Primärversorgung. PVE Berufsgruppen Factsheets. (07.05.2025)

Psychologie kann zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Primärversorgung werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Psycholog\*innen und Mediziner\*innen kann zu einer Entlastung der Ärzt\*innen führen. Auch eine effiziente und effektive Behandlung kann durch eine Zusammenarbeit erwirkt werden (62).

Kompetenzen von Psycholog\*innen für die Primärversorgung wurden vom Berufsverband der österreichischen Psychologen (BÖP) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt.

Klinische Psycholog\*innen können in der Primärversorgung bei der Krisenintervention unterstützen, klinisch-psychologische Diagnostik, Beratung und Behandlungen, sowie Verlaufskontrollen von Patient\*innen durchführen (Abbildung 2). Auch Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention können von Klinischen Psycholog\*innen ausgeführt werden (63).

<b>Elemente des Kompetenzprofils Gesundheitspsychologie</b> (vgl. Berufsverband Österreichischer PsychologInnen)	
<b>Primäre Gesundheitsprävention</b>	Gesundheit erhalten z.B. durch Psychoedukation, Motivation, Lebensstil-Veränderungen
<b>Sekundäre Gesundheitsprävention</b>	Gesundheit wiederherstellen z.B. durch RaucherInnen-entwöhnung, Stressreduktion, Ernährungsumstellung, Entspannungstraining
<b>Tertiäre Gesundheitsprävention</b>	Bestmögliche Lebensqualität erhalten bei chronischen Krankheiten wie z.B. Diabetes, Rheuma, Schmerz
<b>Gesundheitspsychologische Diagnostik</b>	Erfasst psychologische Faktoren, die einen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf einer körperlichen Erkrankung haben, z.B. Risikoscreening, Ressourcendiagnostik
<b>Gesundheitsprojekte</b>	Gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickeln und implementieren, z.B. Ernährungsumstellung und Bewegungsförderung bei Menschen mit Diabetes oder Adipositas

Abbildung 3: Factsheet Kompetenzen Gesundheitspsychologie. Quelle: Plattform Primärversorgung. PVE Berufsgruppen Factsheets. (07.05.2025)

Gesundheitspsycholog\*innen können in der Primärversorgung in Bezug auf die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsprävention unterstützen, sowie das Ausführen von gesundheitspsychologischer Diagnostik und das Entwickeln, Implementieren und Evaluieren von Gesundheitsprojekten (Abbildung 3) (63).

## 1.5 Fragestellung

Wie viele Psycholog\*innen in den PVE arbeiten und inwiefern Tätigkeiten aus den Berufsgruppen-Factsheets in der Praxis tatsächlich ausgeführt und Kompetenzen angewendet werden können, ist nicht bekannt. Auch die organisatorischen Rahmenbedingungen sind unklar. Das Ziel dieser Erhebung war es herauszufinden, welche Tätigkeiten Psycholog\*innen in den PVE ausführen, welche Verbesserungsmöglichkeiten sie wahrnehmen und wie zufrieden sie mit ihrer Tätigkeit in der PVE sind.

Die primären Forschungsfragen lauten somit:

- Welche Tätigkeiten führen Psycholog\*innen in der Primärversorgung aus?
- Welche Wünsche äußern Psycholog\*innen hinsichtlich ihrer Tätigkeit in der PVE?

Die sekundäre Forschungsfrage lautet:

- Wie zufrieden sind Psycholog\*innen mit ihrer Tätigkeit in der PVE?

## 2 Methoden

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde ein Fragebogen erstellt, um die Tätigkeiten und Wünsche von Psycholog\*innen in den PVE zu erfassen. Es wurde eine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen gewählt, um einen strukturierten Überblick über die Tätigkeitsbereiche gewinnen und zusätzlich individuelle Erfahrungen und Meinungen berücksichtigen zu können. Ergänzend wurde ein bereits validierter Fragebogen zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit eingesetzt. Durch diese Vorgehensweise kann ein umfassendes Bild der aktuellen Situation und Bedürfnisse von Psycholog\*innen in den PVE gezeichnet werden.

### 2.1 Fragebogenerstellung

Für die Befragung von Psycholog\*innen in der PVE wurde ein Fragebogen erstellt. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Psycholog\*innen zu ihrer Tätigkeit und den Rahmenbedingungen in der PVE, sowie der Arbeitszufriedenheit nicht befragt. Die möglichen Tätigkeitsfelder wurden in Anlehnung an das Konzept des BÖP und der Primärversorgungsplattform entnommen (Abbildungen 2 und 3). Ziel der Erhebung ist es, ein Profil über die Tätigkeiten und Rahmenbedingungen von Psycholog\*innen in der PVE zu erhalten, sowie Verbesserungsmöglichkeiten für die psychische Versorgung und mögliche Potenziale zu erkennen. Auch eine Erhebung der soziodemografischen Daten wird vorgenommen. Der Fragebogen befindet sich im Anhang 1.

#### 2.1.1 Überarbeitung des Fragebogens

Nach der Fertigstellung der ersten Version des Fragebogens wurde dieser zur Durchsicht auf Verständlichkeit, Lesbarkeit und fehlende bzw. zusätzliche wichtige Fragen an vier Personen versandt. Darunter befanden sich eine Medizinerin mit Erfahrung in der Verwaltung, ein Psychologe sowie zwei Allgemeinmedizinerinnen, wobei eine davon Erfahrung in der Arbeit in einer PVE mitbringt. Der Fragebogen wurde nach Erhalt der Anmerkungen dreimal überarbeitet. Einige Fragen zur Tätigkeit bzw. zu den Rahmenbedingungen in der PVE wurden ergänzt und Fragen spezifiziert. Auch Antwortskalen wurden angepasst. Bezüglich der

Verständlichkeit der Items wurden keine Änderungen vorgenommen. Die vierte Version des Fragebogens wurde als Onlineversion mittels SoSci-Survey (64) erstellt.

## 2.2 Fragebogen Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit wurde mit dem Employee Experience Questionnaire (EXQ) erhoben. Der EXQ ist ein Instrument zur Erfassung von Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeiter\*innen in einer Organisation. Die Konstrukte der Arbeitszufriedenheit, des organisationalen Engagement, des individuellen Engagements und des kollektiven Engagements werden durch den EXQ ermittelt (65).

Arbeitszufriedenheit wird als eine emotionale Reaktion auf verschiedene Aspekte der Arbeit verstanden. Wie stark diese emotionalen Reaktionen ausfallen, sind abhängig davon, wie sehr die individuellen Bedürfnisse durch die Arbeit befriedigt werden (66).

Organisationales Engagement erfasst die Identifikation und eine emotionale Verbundenheit in die Angelegenheiten der eigenen Organisation. Einerseits wird die Identifikation mit den Zielen und Werten der Organisation als Maß für das Engagement herangezogen, andererseits auch die Bereitschaft sich für die Organisation einzusetzen und der Wunsch langfristig ein Teil der Organisation zu bleiben (65).

Kahn (67) beschreibt Engagement als ein Konstrukt, das zwischen emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Komponenten unterscheidet. Unter dem individuellen Engagement versteht man einerseits einen motivationalen Zustand einer Person, andererseits beschreibt es das Ausmaß der emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Ressourcen von Personen, diese in die Bearbeitung der Aufgaben der Tätigkeit zu investieren (Rich et al., 2010). Das kollektive Engagement hingegen bezieht sich auf das gemeinsame Erleben von Menschen in einer Organisation (68). Durch ein erfolgreiches Bündeln von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Ressourcen und Potenzialen einer Gruppe, dient das kollektive Engagement als Indikator für die Leistungsfähigkeit einer Organisation (69).

Der Fragebogen beinhaltet insgesamt 21 Items. Die Skala Arbeitsfähigkeit besteht aus 5 Items, das organisationale Commitment aus 4 Items, das individuelle und kollektive Engagement jeweils aus 6 Items. Die Antwortskalen werden in einer 7-stufigen Likert-Skala (1 = „sehr

unzufrieden“ / „stimme gar nicht zu“ bis 7 = „sehr zufrieden“ / „stimme voll und ganz zu“) vorgegeben. Ein Gesamtwert (EX-Score) wird durch den Mittelwert aller Items berechnet. Die Skalenwerte werden durch den Mittelwert der Items der einzelnen Skalen bestimmt. Ein höherer Mittelwert deutet somit auf eine höhere Zufriedenheit bzw. Zustimmung hin.

### 2.2.1 Gütekriterien

Die Reliabilität des EXQ wird für die einzelnen Skalen als gut bis sehr gut bewertet. Zur Bewertung der internen Konsistenz wird das Cronbachs  $\alpha$  und das McDonalds  $\omega$  herangezogen. Die interne Konsistenz liegt bei der Arbeitszufriedenheit bei  $\alpha=.80$  und  $\omega=.81$ , beim organisationalen Engagement bei  $\alpha=.91$  und  $\omega=.91$ , beim individuellen Engagement bei  $\alpha=.85$  und  $\omega=.86$  und beim kollektiven Engagement bei  $\alpha=.77$  und  $\omega=.79$  (65).

Es konnten sowohl konvergente als auch divergente Konstruktvalidität des EXQ nachgewiesen werden. Hierfür wurde die Skalen des EXQ mit den Konstrukten Bedeutsamkeit der Arbeitsfähigkeit, psychologische Sicherheit und überzeugende Vision korreliert und ergaben substantielle Zusammenhänge. Gleiches gilt für die Kriteriumsvalidität. Die Skalen des EXQ wurden mit den Konstrukten Wechselbereitschaft, Arbeitsattraktivität und organisationale Anpassungsfähigkeit korreliert und so die Kriteriumsvalidität bestimmt. Die Ergebnisse zeigen Zusammenhänge zwischen den Skalen des EXQ und den genannten Konstrukten und sprechen daher für eine Kriteriumsvalidität (65).

### 2.3 Rekrutierung

Um Psycholog\*innen für die Umfrage zu rekrutieren, wurden zunächst die Homepages aller PVEs durchgeschaut. Es wurde eine Liste erstellt mit allen Psycholog\*innen, die auf der Website im Team der PVE enthalten sind. PVEs, die auf der Website kein Team vorgestellt haben, wurden angeschrieben mit der Frage, ob Psycholog\*innen in ihrem Team arbeiten. Nicht alle PVEs haben auf diese Anfrage reagiert. Insgesamt wurden nach der Recherche 36 Psycholog\*innen erfasst sowie zwei Psycholog\*innen in postgradueller Ausbildung, die in einer PVE tätig sind. Die genaue Anzahl an Psycholog\*innen ist jedoch nicht bekannt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Anzahl nicht sonderlich vom wahren Wert abweicht.

Öffentliche E-Mail-Adressen wurden verwendet, um die Psycholog\*innen anzuschreiben. Bei Personen ohne öffentliche E-Mail-Adresse wurde die PVE angeschrieben mit der Bitte um Kontaktdaten. Auch wurden PVEs angeschrieben, die auf ihrer Homepage eine Psychologin / einen Psychologen angegeben haben, jedoch ohne namentliche Nennung dieser Person. Die Umfrage wurde im Oktober 2024 das erste Mal ausgeschickt und im Dezember 2024 wurde eine Erinnerung ausgesandt. Im Jänner 2025 wurden nochmals PVEs kontaktiert, um Kontaktdaten für Psycholog\*innen zu bekommen.

Die Umfrage wurde am 07.02.2025 geschlossen. Zu diesem Zeitpunkt haben insgesamt 13 Psycholog\*innen an der Umfrage teilgenommen, zwei Personen haben den Fragebogen jedoch nur teilweise ausgefüllt. Die Personen haben den Fragebogen im Abschnitt zu den Tätigkeitsbeschreibungen abgebrochen. Daher variiert die Anzahl der Befragten in den Tätigkeitsbereichen zwischen 11 und 13 Personen. Die Arbeitszufriedenheit wurde aufgrund des Abbruchs nur von 11 Personen beantwortet. Die ungefähre Rücklaufquote der Umfrage entspricht demnach 36% bzw. 34,2% inklusive der Psycholog\*innen in Ausbildung.

## 2.4 Statistische Auswertung

Die deskriptive Auswertung wurde mit dem Softwareprogramm IBM SPSS 29. Version (70) durchgeführt. Häufigkeitsanalysen wurden für die soziodemographischen Variablen und das Tätigkeitsprofil berechnet. Die offenen Antworten zu den Verbesserungswünschen wurden in Kategorien zusammengefasst. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wird die Arbeitszufriedenheit deskriptiv berichtet.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Soziodemographie

Insgesamt nahmen 12 Psychologinnen und ein Psychologe an der Befragung teil. Im Durchschnitt waren sie 41 Jahre alt ( $SD = 6,3$ ), wobei die jüngste Person 30 und die älteste Person 53 Jahre alt waren. Der Großteil der Psycholog\*innen haben die postgraduelle Ausbildung der Klinischen- und Gesundheitspsychologie absolviert (76,9%). Zwei der Psycholog\*innen waren ausschließlich Klinische Psycholog\*innen (gem. Psychologengesetz, 2013). Zusätzlich haben 4 der Psycholog\*innen die Ausbildung zur Psychotherapie angegeben. Die meisten Psycholog\*innen, die an der Befragung teilgenommen haben, stammten aus Oberösterreich (46,2%). Mehr als die Hälfte waren seit ein bis drei Jahren in einer PVE beschäftigt (69,2%). Die meisten waren in einem Beschäftigungsausmaß von 10 – 20 Stunden (53,8%) und einem Ausmaß von 20 – 30 Stunden (38,5%) angestellt, eine Person arbeitete weniger als 10 Stunden in der Woche in der PVE. Nur zwei Psycholog\*innen gaben an, keine Nebenbeschäftigung zu haben (15,4%). Die meisten Psycholog\*innen gaben an, neben der PVE in freier Praxis tätig zu sein (84,6 %). Eine detaillierte Übersicht der soziodemografischen Daten befindet sich in Tabelle 1.

		n = 12	
Alter	<i>M</i>	41	
	<i>SD</i>	6,3	
		Spanne	
		N	%
Geschlecht	<i>Weiblich</i>	12	92,3
	<i>Männlich</i>	1	7,7
Ausbildung	<i>Klinische und Gesundheitspsychologie</i>	10	76,9
	<i>Klinische Psychologie</i>	2	15,4
	<i>Gesundheitspsychologie</i>	0	0
	<i>Psychotherapie</i>	4	30,8
Bundesland	<i>Wien</i>	3	23,1
	<i>Niederösterreich</i>	2	15,4
	<i>Oberösterreich</i>	6	46,2
	<i>Steiermark</i>	1	7,7
Dauer der Beschäftigung	<i>&lt; 1 Jahr</i>	2	15,4
	<i>1 - 3 Jahre</i>	9	69,2
	<i>3 – 5 Jahre</i>	1	7,7
	<i>&gt; 5 Jahre</i>	1	7,7
Beschäftigungsausmaß	<i>Vollzeit</i>	0	0
	<i>&gt; 30 Stunden</i>	0	0
	<i>20 – 30 Stunden</i>	5	38,5
	<i>10 – 20 Stunden</i>	7	53,8
	<i>&lt; 10 Stunden</i>	1	7,7
Tätigkeit neben PVE	<i>Ja</i>	11	84,6
	<i>Nein</i>	2	15,4
Art der Nebenbeschäftigung	<i>Freie Praxis</i>	10	76,9
	<i>Öffentliche oder private Krankenanstalten</i>	2	15,4

*Tabelle 1: Soziodemografie*

Es wurde ein Vergleich zwischen der Stichprobe und der Population gezogen (siehe Abbildung 4). Psychologinnen waren sowohl in der Stichprobe (n=12) als auch in der Population (n=30) überrepräsentiert. Psycholog\*innen aus Wien (n=3) und Oberösterreich (n=6) waren in der Befragung häufiger vertreten als Psycholog\*innen aus den anderen Bundesländern. Im

Gegensatz dazu waren Psychologen (n=1) und Psycholog\*innen aus Niederösterreich (n=2), der Steiermark (n=1) und Tirol (n=0) unterrepräsentiert.

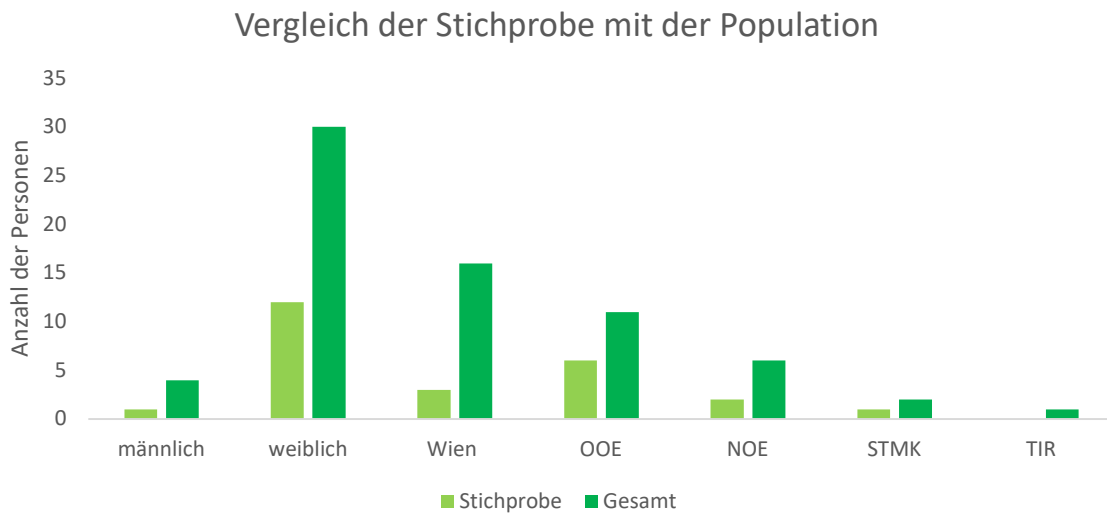


Abbildung 4: Vergleich der Stichprobe mit der Population mit den Variablen "Geschlecht" und "Bundesland"

### 3.2 Beschreibung des Arbeitsplatzes von Psycholog\*innen in der Primärversorgung

Die befragten Psycholog\*innen wurden gebeten, die Gesundheitsberufe nach der Häufigkeit der Zusammenarbeit zu ordnen. Psycholog\*innen gaben an, am häufigsten mit Sozialarbeiter\*innen zusammenzuarbeiten (54,5%). Die Ärzteschaft wurde mit 45,5% als häufigste Berufsgruppe, mit denen Psycholog\*innen zusammenarbeiten, genannt. 36,4% der Befragten gaben an, am häufigsten mit der Ordinationsassistenz zu arbeiten. An zweiter Stelle wurde am häufigsten die Zusammenarbeit mit DKGP (40%), dem Management (36,4%), Physiotherapeut\*innen (27,3%) und Ordinationsassistenz (27,3%) genannt (Abbildung 5).

### Reihung der Berufsgruppen nach Häufigkeit in der Zusammenarbeit (n=11\*)

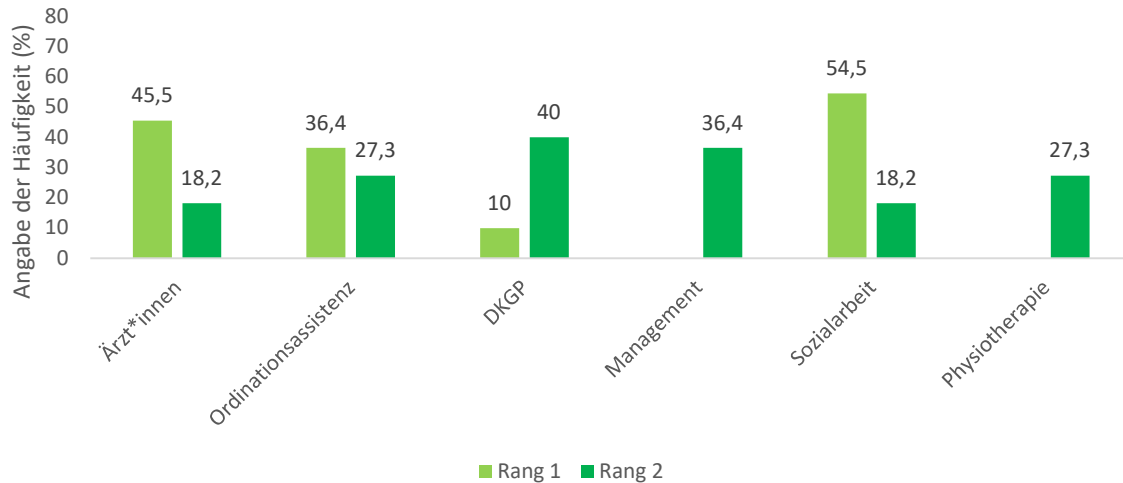


Abbildung 5: Reihung der Berufsgruppen nach Häufigkeit der Zusammenarbeit mit Psycholog\*innen.

Psycholog\*innen in der Primärversorgung berichteten, dass Patient\*innen hauptsächlich durch Ärzt\*innen zugewiesen werden. Selten werden Patient\*innen durch externe Ärzt\*innen zugewiesen. Eine Sprechstunde, bei der sich Betroffene anmelden können, gibt es in den PVEs keine.

Die meisten Psycholog\*innen berichteten, dass sie keine Möglichkeit für Supervision (90,9%) innerhalb der PVE erhalten, jedoch gaben mehr als die Hälfte der Personen an, dass die Möglichkeit für Interventionen (63,6%) besteht. Fast alle Befragten berichteten, dass sie bei interdisziplinären Fallbesprechungen involviert sind (72,2%) (Tabelle 2).

		N=11
		n (%)
Supervision	Ja	1 (9,2)
	Nein	10 (90,9)
Intervision	Ja	7 (63,6)
	Nein	4 (36,4)
Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen	Ja	3 (25)
	Nein	9 (75)
Wie kommen Patient*innen zu Psycholog*innen	Zuweisung durch Ärzt*innen	11 (100)
	Sprechstunden	0
	Zuweisung durch externe Ärzt*innen	2 (15,4)
	Andere	
Teilnahme an Fallbesprechungen	Ja	8 (72,7)
	Nein	3 (27,3)

*Tabelle 2: Arbeitsbezogene Variablen*

### 3.3 Tätigkeitsprofil

#### 3.3.1 Tätigkeitsbeschreibung durch offene Antworten der Psycholog\*innen

Psycholog\*innen beschrieben ihre Tätigkeit in der Primärversorgung als vielfältig, selbstständig und unabhängig. Vorwiegend bestehe die Tätigkeit aus Beratungen, Behandlung und Diagnostik. Weitere Arbeitsbereiche seien die Weitervermittlung an externe Einrichtungen und die Vernetzung und Austausch mit anderen Gesundheitsberufen. Genannt wurden auch Krisenintervention und Stabilisierung, Zielsetzung und Entlastungsgespräche bei verschiedenen Themen, wie zum Beispiel finanzielle Probleme. In dem vielfältigen Tätigkeitsfeld müsse auch Zeit für Präventionsarbeit und Verlaufskontrollen sein.

### 3.3.2 Tätigkeitsbeschreibung durch Fragebogenerhebung

Zusätzlich wurden Tätigkeitsfelder, die von Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen durchgeführt werden können und von BÖP und Plattform Primärversorgung als Kompetenzbereiche in der Primärversorgung identifiziert wurden (siehe Abbildung 2 & 3) (62, 63), abgefragt. Weiters wurden aus der Vorlage zur Erstellung eines Versorgungskonzeptes des IAMEV mögliche Handlungsfelder abgeleitet (71).

Im Bereich der Klinischen Psychologie gaben 69,2% der Psycholog\*innen an, Akutbetreuungen im Notfall durchzuführen. Klinisch-psychologische Diagnostik werden nur von 38,5% ausgeführt. Klinisch-psychologische Befunde oder Gutachten werden außerdem nur von 23,1% erstellt. Die meisten Psycholog\*innen gaben an, klinisch-psychologische Beratungen im Bereich der Förderung der Krankheitsbewältigung und Krankheitsakzeptanz (92,3%), der Psychoedukation (92,3%) und der Angehörigenberatung (92,3%) durchzuführen. Weitere Beratungsanlässe seien arbeitsrelevante Themen und Entspannungstrainings. Nur ein Psychologe / eine Psychologin (7,7%) gab an, dass die klinisch-psychologische Behandlung nicht Teil des Tätigkeitbereichs ist. Klinisch-psychologische Behandlung wird von 76,6% der Befragten sowohl für psychische als auch somatische Erkrankungen durchgeführt, während zwei Psycholog\*innen (15,4%) angaben, dass die klinisch-psychologische Behandlung nicht Teil der Tätigkeit in der PVE ist.

In Bezug auf Verlaufskontrollen gaben 46,2% der Befragten an, dass die Überprüfung der Therapieziele zu den Aufgaben zählen und bei 92,3% der Befragten gehört das Feststellen von Änderungen und Entwicklungen zu den Aufgaben.

Ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitspsychologie ist die Prävention. Im Bereich der Primärprävention gaben je 76,9% der Psycholog\*innen an, Psychoedukation und Motivationsarbeit zu leisten und 69,2% gaben an, bei Lebensstilveränderungen zu unterstützen. Nur eine Person gab an, keine Primärprävention durchzuführen. Im Bereich der Sekundärprävention führen 76,9% der Psycholog\*innen Interventionen zur Stressreduktion und Entspannungsmethoden durch. 15,4% bieten Programme zur Raucher\*innenentwöhnung an. Wiederum wird Sekundärprävention nur von einer befragten Person nicht ausgeführt. Im Bereich der Tertiärprävention wird von 84,6% der Befragten Psychoedukation und

Motivationsarbeit geleistet. Weiters wurde von Entlastungsgesprächen als Intervention der Tertiärprävention berichtet.

Gesundheitspsychologische Diagnostik wird von mehr als der Hälfte der Befragten nicht durchgeführt (53,8%). Jedoch wurden Ressourcendiagnostik (38,5%), Diagnostik von psychischen und gesundheitlichen Belastungen (30,8%) und Risikoscreening (14,4%) als Tätigkeitsbereiche genannt. Gesundheitspsychologische Befunde oder Gutachten zählen bei nur einer Person (7,7%) als Aufgabenbereich.

Gesundheitspsychologische Projekte wurden von 38,5% der Psycholog\*innen nicht als Teil der Tätigkeit definiert. Jedoch wurden von weiteren 38,5% die Entwicklung von Maßnahmen oder Projekten als Teil der Tätigkeit beschrieben, sowie die Implementierung von Maßnahmen und Projekten (23,1%) als auch die Evaluierung dieser Maßnahmen (15,4%).

Ein wesentlicher Aufgabenbereich scheint die Weitervermittlung zu externen Einrichtungen (92,3%) und Informationen zu Selbsthilfegruppen bzw. Opferschutzgruppen zu sein (92,3%). Die befragten Psycholog\*innen sahen Maßnahmen zur kontinuierlichen Unterstützung und Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz (46,2%) als einer ihrer Zuständigkeitsbereiche an. Workshops zu gesundheitsrelevanten Themen werden von 38,5% der Befragten durchgeführt. Für 30,8% ist das aktive Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung von vulnerablen Gruppen und das aktive Mitwirken an Frühen Hilfen ein Betätigungsbereich. Hingegen wurden Kooperationen im Bereich der schulischen oder betrieblichen Gesundheitsförderung (7,7%), Social Prescribing (7,7%) und Hausbesuche (0%) nicht als wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit genannt (siehe Tabelle 3).

		n	%
Akutbetreuung im Notfall		9	69,2
Klinisch-psychologische Diagnostik		5	38,5
Klinisch-psychologische Befunde oder Gutachten		3	23,1
Klinisch-psychologische Beratung	<i>Förderung der Krankheitsberatung und Krankheitsakzeptanz</i>	12	92,3
	<i>Psychoedukation</i>	12	92,3
	<i>Angehörigenbetreuung</i>	12	92,3
	<i>Andere</i>	3	23,1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Arbeitsrelevante Themen (Konflikte am Arbeitsplatz, Burnout)</i></li> <li>• <i>Entspannungstrainings</i></li> <li>• <i>Kurzzeittherapie</i></li> </ul>		
Klinisch-psychologische Behandlung	<i>Klinisch-psychologische Beratung ist NICHT Teil der Tätigkeit</i>	1	7,7
	<i>Bei psychischen Erkrankungen</i>	10	76,9
	<i>Bei somatischen Erkrankungen</i>	10	76,9
	<i>Klinisch-psychologische Behandlung ist NICHT Teil der Tätigkeit</i>	2	15,4
Verlaufskontrollen	<i>Überprüfung der Therapieziele</i>	6	46,2
	<i>Feststellen von Änderungen und Entwicklungen</i>	12	92,3
Primärprävention	<i>Psychoedukation</i>	10	76,9
	<i>Motivationsarbeit</i>	10	76,9
	<i>Lebensstilveränderungen</i>	9	69,2
	<i>Andere</i>	2	15,4
	<i>Ich mache KEINE Primärprävention</i>	1	7,7
Sekundärprävention	<i>Raucher*innenentwöhnung</i>	2	15,4
	<i>Stressreduktion</i>	10	76,9
	<i>Entspannungstrainings</i>	10	76,9
	<i>Andere</i>	1	7,7
	<i>Ich mache KEINE Sekundärprävention</i>	1	7,7
Tertiärprävention	<i>Psychoedukation</i>	11	84,6

	<i>Motivationsarbeit</i>	11	84,6
	<i>Andere</i>	2	15,4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ACT Elemente</i></li> <li>• <i>Entlastungsgespräche</i></li> </ul>		
Gesundheitspsychologische Diagnostik	<i>Risikoscreening</i>	2	14,4
	<i>Psychische und gesundheitliche Belastungen</i>	4	30,8
	<i>Ressourcendiagnostik</i>	5	38,5
	<i>KEINE gesundheitspsychologische Diagnostik</i>	7	53,8
Gesundheitspsychologische Befunde/Gutachten		1	7,7
Gesundheitspsychologische Projekte	<i>Entwicklung von Maßnahmen/Projekten</i>	5	38,5
	<i>Implementierung von Maßnahmen/Projekten</i>	3	23,1
	<i>Evaluierung von Maßnahmen/Projekten</i>	2	15,4
	<i>NICHT Teil der Tätigkeit</i>	5	38,5
Workshops zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen		5	38,5
Weitervermittlung zu externen Einrichtungen		12	92,3
Informationen zu Selbsthilfegruppen/Opferschutzgruppen		12	92,3
Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung von vulnerablen Gruppen		4	30,8
Hausbesuche		0	0
Aktives Mitwirken an Frühen Hilfen		4	30,8
Maßnahmen zur kontinuierlichen Unterstützung in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz		6	46,2
Kooperation mit Anbietern und Projekten in der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung		1	7,7
Social Prescribing		1	7,7

Tabelle 3: Tätigkeitsprofil

### 3.3.3 Unverzichtbare Tätigkeitsbereiche von Psycholog\*innen in der Primärversorgung

Behandlung und Interventionen, sowohl im klinischen als auch gesundheitspsychologischen Bereich, wie zum Beispiel Lebensstilveränderungen und Ressourcenaktivierung, wurden als unverzichtbarste Tätigkeit in der Primärversorgung beschrieben. Beratungen von Klient\*innen und Angehörigen wurde als zweithäufigste unverzichtbare Aufgabe von Psycholog\*innen genannt. Für Psycholog\*innen in der Primärversorgung ist die Weitervermittlung an externe Einrichtungen und die Weitergabe von Informationen ein wichtiger Bereich. Weitere Bereiche, welche für die Psycholog\*innen unverzichtbar sind, sind Psychoedukation, Motivationsarbeit, Diagnostik, Akutversorgung, Krankheitsverarbeitung und die Unterstützung der Ärzt\*innen durch Empfehlungen. Psycholog\*innen nannten hier sowohl unverzichtbare Tätigkeiten im Bereich der klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie. Präventionsarbeit und Projekte zur Gesundheitsförderung wurden von den Befragten nicht explizit als unverzichtbare Tätigkeiten durch Psycholog\*innen genannt.

### 3.4 Potenziale der Psychologie in der Primärversorgung

Verbesserungswünsche wurden durch eine offene Frage erfasst. Die Antworten wurden einer Kategorie zu geordnet. Insgesamt konnten fünf verschiedenen Kategorien identifiziert werden, in denen Verbesserungswünsche zugeordnet werden können: zeitliche Ressourcen, strukturelle Verbesserungen, finanzielle Ressourcen, personelle Ressourcen und multidisziplinärer Austausch (siehe Abbildung 6).

Bei den zeitlichen Ressourcen wünschen sich Psycholog\*innen ein höheres Stundenkontingent, mehr Zeit für Dokumentation und Diagnostik als auch mehr Zeit für Patient\*innen selbst. Zusätzlich werden von der Sozialversicherung mehr Stunden pro Patient\*in gewünscht.

Als Vorschläge in Bezug auf strukturelle Verbesserungen wurden Regelungen bei der Dokumentation, mehr Struktur im Arbeitsalltag, das Anerkennen der Rolle der ganzheitlichen Betreuung von Patient\*innen und die Stärkung des Kommittent der Patient\*innen genannt.

Bei den personellen Ressourcen wurden mehr Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen verlangt, um alle Patient\*innen mit Bedarf an psychologischer Unterstützung betreuen zu können.

Weiters wurden Wünsche im Bereich der finanziellen Ressourcen genannt. Hier wünschen sich Psycholog\*innen mehr Bezahlung, ein höheres Fortbildungsbudget und mehr Kassenplätze.

Ein weiterer wichtiger Punkt für Psycholog\*innen, in dem sie Verbesserungspotenzial sehen, ist der multidisziplinäre Austausch. Hier wünschen sie sich generell mehr Zeit für den Austausch in der PVE als auch mehr Austausch zwischen den Psycholog\*innen aller PVEs. Als weiterer Wunsch wurde die Möglichkeit zu Supervision und Intervision von Seiten des Trägers geäußert.

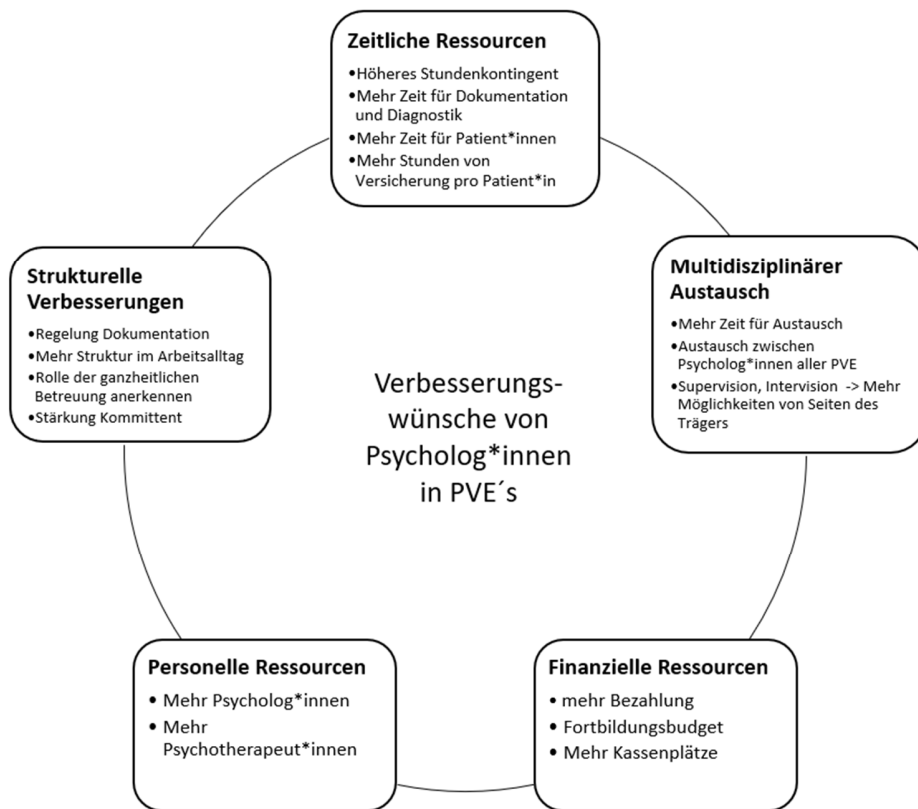


Abbildung 6: Verbesserungswünsche von Seiten der Psycholog\*innen

### 3.5 Zufriedenheit, Commitment und Engagement

Die interne Konsistenz der 4 Skalen wurde anhand Chronbach's  $\alpha$  bestimmt. Die Reliabilitätsanalyse zeigte eine interne Konsistenz der Arbeitszufriedenheit von  $\alpha = 0.78$ , des organisationalen Commitments von  $\alpha = 0.84$ , des individuellen Engagements von  $\alpha = 0.67$  und des kollektiven Engagements von  $\alpha = 0.84$ . Es kann von einer akzeptablen bis guten Reliabilität ausgegangen werden.

Der Employee Experience Score (EX-Score) wurde durch den Mittelwert aller Items berechnet. Der EX-Score der Psycholog\*innen betrug  $M=5.7$  ( $SD= 0.8$ ). Psycholog\*innen in der Primärversorgung wiesen im Durchschnitt einen recht hohen EX-Score auf (Tabelle 4). Auch der Mittelwert der vier Skalen Arbeitszufriedenheit, organisationales Engagement, individuelles Engagement und kollektives Engagement wurde ermittelt. Im Durchschnitt waren die befragten Psycholog\*innen in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit eher zufrieden ( $M= 5.3$ ;  $SD= 1.2$ ). In den Skalen des organisationalen Commitments ( $M= 5.6$ ;  $SD= 1.1$ ), des individuellen ( $M= 6.2$ ;  $SD= 0.5$ ) und kollektiven Engagements ( $M= 5.7$ ;  $SD= 0.8$ ) stimmten die Befragten im Durchschnitt zu. Die höchste Zustimmung zeigte sich im Bereich des individuellen Engagements. Psycholog\*innen empfanden ihre Arbeit als positiv und investieren viel Kraft, um Leistungen zu erbringen. Die Arbeitszufriedenheit wurde am niedrigsten der vier Skalen bewertet, besonders die Items der Zufriedenheit mit den Entwicklungsmöglichkeiten (4.5) und der Vergütung (4.2) wurden im Durchschnitt niedriger bewertet.

		N	Min	Max	M	SD
EX-Score		11	4.3	7	5.7	0.8
Skala: Arbeitszufriedenheit		11	3.2	7	5.3	1.2
Item 1	Kollegen	11	6	7	6.8	0.4
Item 2	Führungskraft	11	2	7	5.2	2.0
Item 3	Arbeitstätigkeit	11	5	7	6	0.6
Item 4	Entwicklungsmöglichkeiten	11	1	7	4.5	2.1
Item 5	Vergütung	11	1	7	4.2	2.0
Skala: Organisationales Commitment		11	4	7	5.6	1.1

Item 6	Organisation, ist der beste Arbeitgeber, der für mich in Frage kommt	11	3	7	5.5	1.2
Item 7	Zukunft der Organisation liegt mir am Herzen	11	4	7	6	1
Item 8	Freunden gegenüber lobe ich die Organisation als besonders guten Arbeitgeber	11	2	7	5.3	1.8
Item 9	Ich bin stolz, wenn ich anderen sagen kann, dass ich zu dieser Organisation gehöre	11	3	7	5.7	1.4
Skala: Individuelles Engagement		11	5.2	7	6.2	0.5
Item 10	Ich investiere viel Kraft in meine Arbeit	11	4	7	6.1	.8
Item 11	Ich gebe mein Bestes, um gute Leistungen zu erbringen	11	6	7	6.7	0.5
Item 12	Ich arbeite mit voller Begeisterung	10	5	7	6.1	0.7
Item 13	Ich erledige meine Arbeit mit großer Freude	11	6	7	6.3	0.5
Item 14	Ich konzentriere mich sehr auf meine Arbeit	11	6	7	6.4	0.5
Item 15	Ich bin von meiner Arbeit gefesselt	11	2	7	5.3	1.5
Skala: Kollektives Engagement		11	4	7	5.7	0.8
Item 16	Mitglieder der Organisation stürzen sich voller Tatendrang in ihre Arbeit	11	3	7	5.9	1.2
Item 17	Mitglieder der Organisation investieren viel Kraft und Anstrengung in ihre Arbeit	11	5	7	6.4	0.7
Item 18	Mitglieder der Organisation ziehen viel Stolz aus ihren Erfolgserlebnissen	11	1	7	5.4	1.7
Item 19	Mitglieder der Organisation arbeiten voller Leidenschaft und Begeisterung	11	5	7	5.8	0.6
Item 20	Mitglieder der Organisation sind so sehr von ihrer Arbeit gefesselt, dass sie oftmals die Zeit vergessen	11	3	7	4.6	1.1
Item 21	Mitglieder der Organisation sind sehr fokussiert bei der Erledigung ihrer Arbeit	11	5	7	6.2	0.6

*Tabelle 4: Arbeitszufriedenheit von Psycholog\*innen in den PVE*

## 4 Diskussion

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass Psycholog\*innen in der Primärversorgung am häufigsten mit Sozialarbeiter\*innen und am zweithäufigsten mit Ärzt\*innen zusammenarbeiten. Die Überweisung von Patient\*innen erfolgt hauptsächlich über die Ärzt\*innen. Obwohl die meisten Psycholog\*innen in den Fallbesprechungen integriert sind, wünschen sie sich mehr Zeit für einen fachlichen Austausch und dass die Rolle der ganzheitlichen Betreuung anerkannt wird. Daher ist eine gute, kollaborative Zusammenarbeit zwischen Ärzt\*innen und Psycholog\*innen wichtig. Eine kollaborative Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen scheint nicht immer gegeben zu sein. In einer Studie von Verges (2019) gaben Psycholog\*innen an, mit der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen unzufrieden zu sein. Ebenso hatten die meisten Psycholog\*innen das Gefühl, dass Hausärzt\*innen nicht ausreichend Wissen über die Arbeit von Psycholog\*innen verfügen (72). Aufgrund dessen scheint die Integration der Psychologie in die Primärversorgung und speziell in die Primärversorgungseinheiten wichtig, um diese kollaborative Zusammenarbeit zu verbessern und zu stärken. In diesem Bereich gibt es jedoch noch Aufholbedarf. Ungefähr 36 Psycholog\*innen arbeiten in 25 PVEs – bei insgesamt 84 bestehenden PVEs (Stand 28.02.2025). Hierbei gibt es noch einiges an Potenzial auszuschöpfen, um die psychosoziale Versorgung in die Primärversorgung zu integrieren.

Vergleicht man die erhobenen Tätigkeiten der Psycholog\*innen in den PVEs mit den vorgeschlagenen Handlungskompetenzen des BÖP und der Plattformprimärversorgung (Abbildung 2 & 3), gibt es sowohl Überschneidungen als auch Potenziale in der Ausschöpfung der Kompetenzen. Mehr als die Hälfte der Psycholog\*innen gaben an, im klinisch-psychologischen Bereich Akutbetreuung, klinisch-psychologische Beratungen, klinisch-psychologische Behandlungen und Verlaufskontrollen durchzuführen, während weniger als die Hälfte die Durchführung von klinisch-psychologischer Diagnostik und das Erstellen von Befunden und Gutachten als Tätigkeit beschreibt.

Im Bereich der gesundheitspsychologischen Tätigkeit gaben mehr als die Hälfte der Psycholog\*innen an, in den Bereichen der Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention Tätigkeiten auszuführen. Die Kompetenzen im Bereich der Durchführung von gesundheitspsychologischer Diagnostik, der Erstellung von gesundheitspsychologischen

Befunden und Gutachten und die Planung, Implementation und Evaluation von gesundheitspsychologischen Projekten wird in der Primärversorgung von weniger als der Hälfte der Psycholog\*innen angewendet.

Die Ergebnisse der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Tätigkeiten spiegeln sich auch in den Wünschen der Psycholog\*innen wider. Psycholog\*innen wünschen sich mehr Zeit pro Klient\*in. Zusätzlich wünschen sie sich mehr Zeit für die Dokumentation und Diagnostik sowie mehr Stunden pro Klient\*in von der Sozialversicherung. Die Erhöhung des Zeitkontingents ist wichtig, um eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung über Diagnostik bis Beratung und Behandlung zu ermöglichen.

Zusätzliche Tätigkeiten, die mehr als die Hälfte der Psycholog\*innen ausüben, sind die Weitervermittlung an externe Einrichtungen und die Weitergabe von Informationen bezüglich Selbsthilfegruppen und Opferschutzorganisationen. Diese Aufgabenbereiche sind in den Handlungskompetenzen von BÖP und Plattform Primärversorgung (Abbildung 2 & 3) nicht explizit angegeben, jedoch zählen diese Bereiche zu wichtigen Aufgaben der Primärversorgung (71). Weniger als die Hälfte der Psycholog\*innen veranstalten Workshops zu gesundheitsrelevanten Themen. Aufgaben, wie das aktive Zugehen auf vulnerable Gruppen, Mitwirken bei Frühen Hilfen und Social Prescribing werden kaum von Psycholog\*innen übernommen. Diese Aufgaben sind ein wichtiger Bestandteil der Primärversorgung und können von Psycholog\*innen durchgeführt werden. In diesem Bereich können weitere Potenziale ausgeschöpft werden.

Verbesserungspotenziale sehen Psycholog\*innen in 5 Bereichen. Diese Bereiche lassen sich in personelle, finanzielle, zeitliche, strukturelle und multidisziplinäre Ressourcen untergliedern. In den Bereichen der personellen und finanziellen und auch zeitlichen Ressourcen werden Wünsche geäußert, die nicht von Seiten der Primärversorgungsträger, sondern auf der Ebene der politischen Entscheidungsträger zu verhandeln sind. Darunter fallen mehr Stunden pro Klient\*in von Seiten der Sozialversicherung, mehr psychologisches Personal und mehr Kassenplätze. Andere Verbesserungspotenziale lassen sich jedoch nur von Seiten der Primärversorgungsträger umsetzen. Darunter fallen bei strukturellen Ressourcen eine einheitliche Regelung für die Dokumentation, mehr Struktur im Arbeitsalltag und das Anerkennen der Rolle einer ganzheitlichen Betreuung. Bei den zeitlichen Ressourcen wünschen

sich Psycholog\*innen mehr Zeit für ihre Klient\*innen. Im Bereich der Multidisziplinarität wünschen sich Psycholog\*innen mehr Austausch im Team, mehr Supervision und Intervision und bei den finanziellen Ressourcen wäre ein Fortbildungsbudget wünschenswert. Den Wunsch nach einem Austausch zwischen den Psycholog\*innen in den verschiedenen PVEs kann die Plattform Primärversorgung erfüllen. Die Plattform Primärversorgung unterstützt den Austausch der Gesundheitsberufe in Form von Vernetzungsgruppen. Die Vernetzungsgruppe der Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen haben zum einen das Ziel das Berufsbild der Psycholog\*innen in der Primärversorgung zu schärfen, zum anderen auch den Austausch in Form von Fallbesprechungen, Besprechungen der Rahmenbedingungen, wie die Dokumentation und Arbeit im multiprofessionellen Team sowie das Besprechen von Problemdarstellungen zu unterstützen (73). Dieses Angebot scheint noch unbekannt unter den Psycholog\*innen zu sein, eine Bewerbung der Vernetzungsgruppe könnte den Austausch verbessern.

Die Anzahl der Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen, die in PVEs tätig sind, ist ausbaufähig. Die Integration der Psycholog\*innen in die Primärversorgung bietet viele Vorteile. Zunächst kann die Integration zu einer Entlastung für die Allgemeinmediziner\*innen führen (10-12). Neben der Entlastung der Allgemeinmediziner\*innen kann die Integration der Psychologie aber auch zu einer Reduktion der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen führen und die Akzeptanz der Betroffenen und deren Angehörigen steigern (49-51). Einige Studien haben gezeigt, dass die Überweisung in externe psychische Einrichtungen nur in seltenen Fällen in Anspruch genommen wird, jedoch die Inanspruchnahme größer ist, wenn psychologische Leistungen in der Primärversorgung angeboten werden (47-51), besonders von Personen, die ein hohes Maß an Stigmatisierung empfinden (52). Zusätzlich können dadurch komorbide physische Erkrankungen besser behandelt werden (49). PVEs können demnach bei der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen. Dadurch wird auch das Gesundheitsziel 9 der Österreichischen Gesundheitsziele „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ gestärkt. Ein definiertes Handlungsfeld dieses Gesundheitsziels ist die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen (74). Zu diesem Zweck wurde eine Kompetenzgruppe der GÖG eingerichtet, die Empfehlungen für ein Vorgehen zur Entstigmatisierung vorgelegt haben. Im Bericht der Kompetenzgruppe werden Maßnahmen zur

Reduktion der Stigmatisierung präsentiert. Ein wichtiger Punkt im Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung ist die Verbesserung der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Schritt zur Verbesserung wird durch eine leitliniengerechte Nachversorgung in der Primärversorgung und damit eine verbundene Lotsenfunktion der Primärversorgung beschrieben (75).

Im Bereich der Arbeitszufriedenheit zeigt sich bei den befragten Psycholog\*innen die geringste Zustimmung in den Bereichen der Vergütung und der Entwicklungsmöglichkeit. Diese beiden Skalen sind dafür verantwortlich, dass die Skala der Arbeitszufriedenheit den geringsten Wert aufweist. In der Literatur findet man Belege, dass eine Vergütung nach dem Prinzip „Honorar für Dienstleistungen“ die Kooperation der Gesundheitsberufe in der Primärversorgung behindern, während gehalts- und qualitätsabhängige Vergütungsmodelle die Zusammenarbeit stärken. Eine leistungsabhängige Vergütung kann die Teamarbeit und die Qualität der Leistung nur teilweise verbessern. Dieses Modell kann aber auch negative Folgen, wie eine höhere Arbeitsbelastung und geringere Zufriedenheit, aufweisen (76). Dass die Zufriedenheit mit den Entwicklungsmöglichkeiten der Psycholog\*innen geringer ausfällt, lässt sich durch die geäußerten Wünsche der Psycholog\*innen bestärken. Psycholog\*innen wünschen sich von den Trägern der PVEs mehr Fortbildungsbudget sowie Supervision und Intervention, aber auch mehr Austausch mit Kolleg\*innen. Möglichkeiten zur Weiterentwicklung, Fortbildung und regelmäßigen Teambesprechungen sind förderliche Faktoren, einerseits in Bezug auf die Teamleistung, andererseits für die Verbesserung der Arbeitszufriedenheit (76).

Die Arbeitszufriedenheit ist bei Fachkräften im psychosozialen Bereich entscheidend für erfolgreiche Teamarbeit, eine bessere Versorgungsqualität und eine geringere Fluktuation. Insbesondere haben Teamprozesse eine wichtige Bedeutung für die Arbeitszufriedenheit. Wichtige Faktoren sind unter anderem eine starke Teamunterstützung und das Einbeziehen in Entscheidungsprozesse. Eine Organisationkultur, die mitarbeiterorientiert ist, im Gegensatz zu einer stark wettbewerbsorientierten und hierarchischen Kultur, fördert die Zufriedenheit. Diese Faktoren spielen demnach auch eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patient\*innen (77).

Diese Ergebnisse zeigen, dass das Thema der Arbeitszufriedenheit und deren zugrundeliegenden Faktoren für Träger der PVE nicht zu unterschätzen sind. Besonders die Art der Vergütung, die Entwicklungsmöglichkeiten und Möglichkeiten für einen Austausch

untereinander sollten für die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit in Betracht gezogen werden. Nicht nur die Arbeitszufriedenheit wird dadurch erhöht, auch die Fluktuation von Fachkräften wird reduziert und die Versorgungsqualität und die Zufriedenheit der Patient\*innen verbessert.

Österreich hat durch die gesetzliche Regelung der Primärversorgung in den Primärversorgungseinheiten (PrimVG (26)) eine Verbesserung der Grundversorgung der gesamten Bevölkerung in Angriff genommen. Psychosoziale Dienstleistungen sind je nach Bedarf hinzuzuziehen. Laut WHO sollten die Dienstleistungen von psychosozialen Fachkräften jedoch ein integrierter Bestandteil der Grundversorgung sein (41). Hier gibt es auch in Österreich noch Aufholbedarf. Psycholog\*innen sind zwar Teil des erweiterten Teams, jedoch sind in rund 30% der PVEs (Stand 28.02.2025) Psycholog\*innen in einem Beschäftigungsausmaß von 10 – 30 Stunden in der Woche angestellt. Träger und Sozialversicherungen sollten finanzielle und personelle Ressourcen für die psychische Gesundheit zur Verfügung stellen, um die psychosoziale Versorgung in die Primärversorgung bestmöglich integrieren zu können. Auch dieser Punkt ist eine vorgeschlagene Maßnahme der WHO zur Unterstützung der Integration psychosozialer Dienste (41). Eine weitere Maßnahme ist die Stärkung und Einbeziehung von Personen und Interessensvertretungen zur Verbesserung der Priorisierung der psychischen Gesundheit, Sensibilisierung und Reduktion von Stigmatisierung und in wichtige Aspekte von Dienstleistungen und Entscheidungsfindungen in der Primärversorgung (41). In Österreich arbeitet die GÖG an der Entstigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen, bei der die Primärversorgung als Lotsenfunktion für die Nachsorge von psychisch erkrankten Personen dienen soll (74). Die Integration der psychischen Versorgung in die Primärversorgung kann darüber hinaus auch weiter zur Reduktion der Stigmatisierung führen. Da für viele Betroffene Allgemeinmediziner\*innen die erste Anlaufstelle im System sind, werden Überweisungen zu psychosozialen Diensten innerhalb einer Einrichtung vermehrt angenommen (47-52). Dieser Aspekt sollte in Österreich vermehrt aufgegriffen werden, um die psychosoziale Integration in PVEs zu fördern. Um die Integration von psychosozialen Diensten in die Primärversorgung zu unterstützen, sind Investitionen in die Evaluierung der Implementierung und Forschung in Bezug auf die Qualität der psychosozialen Versorgung sowie in den Zugang zu diesen Dienstleistungen in der Primärversorgung, eine erforderliche Maßnahme (41). In Bezug auf diese Maßnahme der WHO gibt es in Österreich noch Bedarf. Forschungstätigkeiten bezüglich der Primärversorgung

werden zwar zunehmend gefördert, Forschungstätigkeiten über verschiedene Aspekte der psychosozialen Gesundheit in der Primärversorgung finden jedoch kaum statt.

Da für Personen mit psychischen Problemen Allgemeinmediziner\*innen oft die erste Anlaufstelle sind, ist eine kollaborative Zusammenarbeit mit Psycholog\*innen ein wichtiger Faktor, um die psychosoziale Versorgung zu sichern und Ärzt\*innen zu entlasten. In Österreich gibt es gute Ansätze, die Psychologie in die Primärversorgung zu integrieren. Dennoch kann von einer flächendeckenden psychosozialen Versorgung in der Primärversorgung nicht ausgegangen werden. Die bedarfsabhängige Bestimmung von psychologischen Diensten im PrimVG (26) erschwert den flächendeckenden Ausbau der psychosozialen Versorgung in den PVEs. Psycholog\*innen, die derzeit schon in PVEs tätig sind, haben ein breites Betätigungsfeld. Viele Kernkompetenzen von Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen können in der Primärversorgung abgedeckt werden. Einige Kompetenzen könnten noch vermehrt zum Einsatz gelangen. Darunter zählen vor allem die Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspsychologie. Die Befragten Psycholog\*innen gaben hauptsächlich klinisch-psychologische Handlungsfelder im Rahmen ihrer Tätigkeit in der PVE an. Die Gesundheitspsychologie kann jedoch auch einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung leisten – besonders in den Bereichen Prävention, Risikoscreening und Ressourcenscreening bei belastenden Personen, die noch keinen krankhaften Verlauf aufweisen. Dies ist besonders wichtig, da die Krankenstandstage durch psychische Erkrankungen in den letzten Jahren stark angestiegen sind (31). Gesundheitspsycholog\*innen können dahingehend eine unterstützende Rolle in der PVE übernehmen und können zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch die Allgemeinmediziner\*innen in den Prozess hinzugezogen werden, bevor eine psychische Erkrankung entstehen kann. Auch das Angebot von Workshops zu psychosozialen und gesundheitlichen Themen kann vermehrt angeboten werden. Gesundheitsförderliche Projekte in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen können gefördert werden. Auch die Kooperation mit externen Einrichtungen bezüglich Gesundheitsförderungsprojekten wäre eine Option, die Gesundheitspsychologie in die Primärversorgung zu integrieren. Auch der Berufsverband der Österreichischen Psychologen möchte in Zukunft eine verstärkte Einbindung von Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen in die PVE. Eine Forderung des Berufsverbandes lautet die Integration der Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen in das erweiterte multidisziplinäre Kernteam (78).

## 4.1 Conclusio

Psycholog\*innen leisten einen wichtigen Beitrag zur multiprofessionellen Gesundheitsversorgung und bringen fachliche Kompetenzen in vielfältiger Weise ein. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass nicht alle definierten Handlungskompetenzen in der Praxis ausgeschöpft werden. Ein Grund dafür scheinen die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen zu sein. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist grundsätzlich gegeben, jedoch wird der Wunsch nach mehr Raum für Austausch geäußert. Verbesserungspotenziale liegen vor allem in der Bereitstellung von finanziellen, zeitlichen und strukturellen Ressourcen. Um die Integration der Psychologie in die Primärversorgung zu stärken, sind politische und organisationale Maßnahmen erforderlich. Besonders die niedrigen Zufriedenheitswerte im Bereich der Vergütung und der Entwicklungsmöglichkeiten machen deutlich, dass Fortbildungsangebote, Supervision und Intervision ausgebaut werden müssen. Die Qualität der psychologischen Versorgung kann nur dann weiterentwickelt werden, wenn Psycholog\*innen über notwendige Rahmenbedingungen verfügen und der fachliche Austausch innerhalb der Berufsgruppe sowie mit den anderen Gesundheitsberufen gefördert wird.

## 4.2 Empfehlungen

Folgende Empfehlungen können aus dieser Arbeit abgeleitet werden:

### **1. Ausbau psychologischer Versorgung in der PVE**

Es wird empfohlen, mehr Psycholog\*innen in PVEs anzustellen und deren Anstellungsausmaß zu erhöhen, um der psychosozialen Versorgung gerecht zu werden und die interdisziplinäre Versorgung zu stärken.

### **2. Ausweitung des Zeitkontingents pro Klient\*in**

Um eine kontinuierliche und bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung zu gewährleisten, wird eine Erhöhung des Zeitkontingents pro Klient\*in empfohlen. Dies ermöglicht Diagnostik, Interventionen und Verlaufskontrollen zu gewährleisten.

### **3. Integration von Gesundheitspsycholog\*innen**

Es sollte geprüft werden, Gesundheitspsycholog\*innen in PVEs anzustellen, um präventive, gesundheitsförderliche und verhaltensmedizinische Maßnahmen in die Primärversorgung zu integrieren.

### **4. Förderung der interprofessionellen Vernetzung**

Die überregionale Vernetzung von Psycholog\*innen, die in unterschiedlichen PVEs tätig sind, sollte gezielt gestärkt werden, um den Austausch zu fördern und eine Weiterentwicklung der psychologischen Tätigkeit innerhalb der PVEs zu unterstützen.

#### **4.3 Limitationen und weiterer Forschungsbedarf**

Die vorliegende Arbeit weist Limitationen auf. Zunächst konnten nicht alle Psycholog\*innen, die in PVEs tätig sind, erreicht werden. Der Rekrutierungsprozess bestand sowohl aus einer Online-Recherche als auch aus der Kontaktaufnahme mit den PVEs selbst. Die Anzahl der Psycholog\*innen konnte jedoch nur ungefähr ermittelt werden, da nicht von allen kontaktierten PVEs Rückmeldungen eingegangen sind. Daher ist die Stichprobengröße relativ gering. Für weitere Forschungstätigkeiten in Bezug auf die psychosoziale Versorgung in der Primärversorgung wäre eine Liste aller Psycholog\*innen und anderer psychosozialer Berufsgruppen von Vorteil, um den Rekrutierungsprozess zu verkürzen und möglichst alle Psycholog\*innen rekrutieren zu können.

Ein Selektionsbias kann nicht ausgeschlossen werden, da Psychologinnen und die Bundesländer Oberösterreich und Wien in der Stichprobe überrepräsentiert sind. Die Interpretation der Ergebnisse ist daher mit Vorsicht zu betrachten.

Da es zu diesem Thema keine vorhandenen Fragebögen gibt, musste der vorgegebene Fragebogen selbst erstellt werden. Dadurch besteht das Risiko, dass nicht alle wesentlichen Aspekte beachtet wurden oder Fragen missverständlich gestellt wurden. Die Validität kann dadurch eingeschränkt sein. Es wurden hauptsächlich nominalskalierte Daten erhoben, die eine Auswertung auf deskriptive Häufigkeiten beschränkt und somit Zusammenhänge nicht berechnet werden können. Durch die eingeschränkte Reliabilität und Validität der erhobenen Daten, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte limitiert.

Zusätzlich hat es den Anschein, als sei der Abschnitt im Fragebogen über die Tätigkeitsbereiche von Psycholog\*innen zu lange und detailliert vorgegeben worden, da zwei der befragten Personen den Fragebogen an dieser Stelle abgebrochen haben, was zu einem Datenverlust geführt hat.

Eine qualitative Erhebung mittels semistrukturierter Interviews wäre eine mögliche Alternative für diese Arbeit gewesen. Für zukünftige Forschungsvorhaben wäre der Einsatz von Interviews ratsam. Basierend auf den Ergebnissen der qualitativen Erhebung sollte ein Fragebogen erstellt werden.

Diese Arbeit gibt einen ersten Überblick über die Tätigkeiten von Klinischen Psycholog\*innen und Gesundheitspsycholog\*innen in der Primärversorgung. Weitere Befragungen zu Themen der psychosozialen Versorgungsqualität in den PVEs oder des Zugangs zu psychosozialen Dienstleistungen sollten in Zukunft durchgeführt werden.

## Literaturverzeichnis

1. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Report of the International Conference on Primary Health Care. 1978.
3. World Health Organization. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742-50.
5. Zyzanski SJ, Gonzalez MM, O'Neal JP, Etz RS, Reves SR, Stange KC. Measuring Primary Care Across 35 OECD Countries. *Ann Fam Med*. 2021;19(6):547-52.
6. OECD. Realising the Potential of Primary Care. OECD Publishing, Paris; 2020.
7. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris; 2023.
8. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005;3(3):209-14.
9. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
10. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med*. 2012;10(5):396-400.
11. Shipman SA, Sinsky CA. Expanding primary care capacity by reducing waste and improving the efficiency of care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(11):1990-7.
12. Green LV, Savin S, Lu Y. Primary care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(1):11-9.
13. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):Cd001271.
14. Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U, et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Human Resources for Health*. 2024;22(1):74.
15. Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *Eur J Gen Pract*. 2021;27(1):198-210.
16. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-31.
17. Saint-Pierre C, Herskovic V, Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam Pract*. 2018;35(2):132-41.
18. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2001;18(1):21-6.
19. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *Bmj*. 2000;320(7234):569-72.
20. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Bmj*. 2001;323(7316):784-7.
21. Goñi S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*. 1999;48(2):107-17.

22. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, et al. Refining the measurement of physician job satisfaction: results from the Physician Worklife Survey. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine. Med Care. 1999;37(11):1140-54.
23. Leach B, Morgan P, Strand de Oliveira J, Hull S, Østbye T, Everett C. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. BMC Family Practice. 2017;18(1):115.
24. Wagner Wolfgang. Primärversorgungszentren: Die unendliche Geschichte. Österreichische Ärztezeitung. 2017 15.07.2017.
25. Bundesgesundheitsagentur. Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich [PDF im Internet]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2014 [zitiert am 03 März 2025]. Available from: [https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/PV-Konzept\\_30062014\\_final.pdf&ved=2ahUKEwjN5YinylyOAxV\\_RvEDHcxMBkAQFnoECAkQAAQ&usg=AOvVaw25mIs9L4BQGctGRfotsBV6](https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/PV-Konzept_30062014_final.pdf&ved=2ahUKEwjN5YinylyOAxV_RvEDHcxMBkAQFnoECAkQAAQ&usg=AOvVaw25mIs9L4BQGctGRfotsBV6).
26. Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017 idgF.
27. Hoffmann K, Wojczewski S, George A, Schäfer WL, Maier M. Stressed and overworked? A cross-sectional study of the working situation of urban and rural general practitioners in Austria in the framework of the QUALICOPC project. Croat Med J. 2015;56(4):366-74.
28. Avian A, Poggenburg S, Schaffler-Schaden D, Hoffmann K, Sanftenberg L, Loukanova S, et al. Attitudes of medical students to general practice: a multinational cross-sectional survey. Fam Pract. 2021;38(3):265-71.
29. Haindl Anita, Bachner Florian, Giorgio Carrato, Gredinger Gerald. Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien; 2024.
30. Plattform Primärversorgung. Standorte PVE-Landkarte [Internet]. Wien; 2025 [zitiert am 28. Februar 2025]. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>.
31. Statistik Austria. Krankenstände [Daten im Internet]. Wien; 2024 [zitiert am 11. Februar 2025]. Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/krankenstaende>.
32. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(12):1483-99.
33. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Austria: Country Health Profile 2023. OECD Publishing, Paris; 2023.
34. Grabenhofer-Eggerth Alexander, Tanios Aida, Sagerschnig Sophie, Kern Daniela, Valady Sonja. Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. . Gesundheit Österreich, Wien; 2019.
35. Sagerschnig Sophie, Pichler Michaela, Grabenhofer-Eggerth Alexander, Zuba Martin. Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse (Stand Juli 2024). Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien; 2024.
36. Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.) BGBl. Nr. 676/1991.
37. Österreichische Gesundheitskasse. Klinisch-psychologische Behandlung [Internet]. Wien [unbekanntes Jahr] [zitiert am 03. April 2025] Available from: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.897679&portal=oegkportal>.
38. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013 – PiG 2013) BGBl. I Nr. 182/2013.

39. Verhaak PF, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Gask L. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. *Eur J Public Health*. 2004;14(2):134-40.
40. World Health O. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
41. World Health O. Mental health in primary care: illusion or inclusion? Geneva: World Health Organization; 2018 2018. Contract No.: WHO/HIS/SDS/2018.38.
42. Sartorius N, Ustün TB, World Health O. Mental illness in general health care : an international study / edited by T. B. Ustün, N. Sartorius. Chichester : Wiley; 1995.
43. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):47-54.
44. Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draisma S, van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(1):46-55.
45. Verhaak PF, van Dijk CE, Nuijen J, Verheij RA, Schellevis FG. Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(3):156-62.
46. Churchill R, Khaira M, Gretton V, Chilvers C, Dewey M, Duggan C, et al. Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *Br J Gen Pract*. 2000;50(460):905-6.
47. Collins C, Hewson DL, Munger R, Wade T. Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care. Milbank Memorial Fund, New York 2010.
48. Miller-Matero LR, Dubaybo F, Ziadni MS, Feit R, Kvamme R, Eshelman A, et al. Embedding a psychologist into primary care increases access to behavioral health services. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(2):100-4.
49. What is primary care mental health?: WHO and Wonca Working Party on Mental Health. *Ment Health Fam Med*. 2008;5(1):9-13.
50. Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D. Improving Mental Health Care: The Global Challenge 2013. 1-438 p.
51. Goldberg D, Thornicroft G, Ginneken N. The role of primary care in low- and middle- income countries. 2013.
52. Miller-Matero LR, Khan S, Thiem R, DeHondt T, Dubaybo H, Moore D. Integrated primary care: patient perceptions and the role of mental health stigma. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;20:e48.
53. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001448.
54. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2009;59(559):e51-60.
55. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2003;33(2):203-15.
56. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2009(1):Cd000532.
57. Fisher L, Dickinson WP. Psychology and primary care: New collaborations for providing effective care for adults with chronic health conditions. *Am Psychol*. 2014;69(4):355-63.
58. Verhaak PF, Kamsma H, van der Niet A. Mental health treatment provided by primary care psychologists in The Netherlands. *Psychiatr Serv*. 2013;64(1):94-7.
59. National Health Service. Guidance on co-locating mental health therapists in primary care [PDF im Internet]. London; 2018 [zitiert am 12. Mai 2025]. Available from:

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/guidance-co-locating-mental-health-therapists-primary-care.pdf>.

60. Healthcare Denmark. The Danish Approach to Mental Health [PDF im Internet]. Denmark; 2023 [zitiert am 28. Mai 2025]. Available from:

[https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth\\_2ndedition\\_2023.pdf#:~:text=The%20reform%20focuses%20on%20enhancing%20collaboration%20and,access%20apropriate%20support%20within%20their%20local%20communities](https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf#:~:text=The%20reform%20focuses%20on%20enhancing%20collaboration%20and,access%20apropriate%20support%20within%20their%20local%20communities).

61. Možina M, Okorn I. Challenges of the development of mental health care in Slovenia. Journal of Global Health Neurology and Psychiatry <https://doi.org/10.52872/001c31788>. 2022.

62. Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen in der teambasierten Primärversorgung: Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten [PDF im Internet]. Wien; 2020 [zitiert am 28. Februar 2025]. Available from: [https://www.boep.or.at/download/5f71bac93c15c83fef000008/Primaerversorgung\\_korr13\\_ES\\_WEB\\_1.pdf](https://www.boep.or.at/download/5f71bac93c15c83fef000008/Primaerversorgung_korr13_ES_WEB_1.pdf).

63. Plattform Primärversorgung. PVE - Berufsgruppen Factsheets [PDF im Internet]. Wien; 2022 [zitiert am 28. Februar 2025]. Available from:

[https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/PVE\\_Berufsgruppen\\_Factsheets\\_NEU.pdf](https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/PVE_Berufsgruppen_Factsheets_NEU.pdf).

64. Leiner DJ. SoSci Survey (Version 3.7.02) [Computer software] <https://www.soscisurvey.de2024>.

65. Fischer J, Huettermann H, Werther S. Employee Experience Questionnaire (EXQ): Fragebogen zur Messung von Zufriedenheit, Commitment und Engagement. 2021.

66. Judge T, Kammeyer-Mueller J. Job Attitudes. Annual review of psychology. 2012;63:341-67.

67. Kahn WA. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. Academy of Management Journal. 1990;33(4):692-724.

68. Barrick MR, Thurgood GR, Smith TA, Courtright SH. Collective organizational engagement: Linking motivational antecedents, strategic implementation, and firm performance. Academy of Management Journal. 2015;58(1):111-35.

69. Eldor L. How collective engagement creates competitive advantage for organizations: A business-level model of shared vision, competitive intensity, and service performance. Journal of Management Studies. 2020;57(2):177-209.

70. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows , Version 29.0 [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.2023.

71. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Versorgungskonzept Primärversorgungseinheit [PDF im Internet]. Medizinische Universität Graz; 2018 [zitiert am 28. Mai 2025]. Available from:

[https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user\\_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2018/Versorgungskonzept\\_fuer\\_PVE\\_2.3.pdf](https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/allgemeinmedizin/pdf/berichte/2018/Versorgungskonzept_fuer_PVE_2.3.pdf).

72. Vergès Y, Driot D, Mesthé P, Rougé Bugat ME, Dupouy J, Poutrain JC. Collaboration Between GPs and Psychologists: Dissatisfaction from the Psychologists' Perspective-A Cross-Sectional Study. J Clin Psychol Med Settings. 2020;27(2):331-42.

73. Plattform Primärversorgung. Vernetzungsgruppen [Internet]. Wien; 2025 [zitiert am 27. Mai 2025]. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/vernetzungsgruppen>.

74. Delcour J, Antony G, Winkler P. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern - Factsheet Maßnahmenmonitoring Gesundheit Österreich, Wien; 2019.

75. Puhm A, Strizek J, Nowotny M. Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, Gesundheit Österreich, Wien; 2025.

76. Aggarwal M, Hutchison B, Kokorelias KM, Mehta K, Greenberg L, Moran K, et al. Impact of remuneration, extrinsic and intrinsic incentives on interprofessional primary care teams: protocol for a rapid scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(6):e072076.
77. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Farand L. Variables associated with job satisfaction among mental health professionals. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205963.
78. Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. Stärkung der Primärversorgung durch Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen [Internet]. Wien; 2025 [zitiert am 04. Juni 2025]. Available from: <https://www.boep.or.at/berufspolitik/zentrale-berufspolitische-ziele/primaerversorgung>.

# Anhang

## Anhang 1

Fragebogen – Tätigkeitsprofil von Psycholog\*innen in der Primärversorgung



psychologiePVE → base

25.03.2025, 14:56

---

**Seite 01**

Willkommen

**WT01**

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an meiner Befragung teilzunehmen. Diese Umfrage wird im Rahmen meiner Masterarbeit im Universitätslehrgang Public Health der Medizinischen Universität Graz durchgeführt und beschäftigt sich mit der Rolle der Psychologie in der Primärversorgung. Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die berufliche Tätigkeit von Psycholog\*innen in diesem Versorgungsbereich sowie deren Arbeitszufriedenheit zu gewinnen.

Ihre Teilnahme ist von Bedeutung, da sie wichtige Erkenntnisse zur aktuellen Situation und zu möglichen Verbesserungsansätzen in der Primärversorgung liefert. Der Fragebogen richtet sich an Psycholog\*innen, die in diesem Bereich tätig sind, und umfasst Fragen zu Ihrer beruflichen Praxis, den Rahmenbedingungen sowie Ihrer persönlichen Zufriedenheit in Ihrem Tätigkeitsfeld.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet. Es ist zu keinem Zeitpunkt möglich, Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihren Arbeitsplatz zu ziehen. Die Teilnahme ist freiwillig, und Sie können die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Ihren wertvollen Beitrag zu meiner Arbeit!

Mit freundlichen Grüßen  
Laura Plotho, MSc

Seite 02  
SV

Es folgen nun Fragen zu Ihrer Person.

SV01

### Welches Geschlecht haben Sie?

- Männlich
- Weiblich
- Divers

v02 Wie alt sind Sie?

  
Jahre

Welche Ausbildung/en haben Sie?

SV03

- Klinische und Gesundheitspsychologie (vor der Gesetzesänderung 2013)
- Klinische Psychologie
- Gesundheitspsychologie
- Psychotherapie
- Klinische Psychologie in Ausbildung
- Gesundheitspsychologie in Ausbildung
- Andere

SV04

**In welchem Bundesland oder Bundesländern sind Sie in der PVE tätig?**

- Wien
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Steiermark
- Kärnten
- Salzburg
- Tirol
- Vorarlberg
- Burgenland

TP47

Es folgen nun einige Fragen zu Ihrer Tätigkeit und den Rahmenbedingungen in Ihrer PVE.

**Seit wann sind Sie in der PVE tätig?**

- < 1 Jahr
- 1 – 3 Jahre
- 3 – 5 Jahre
- > 5 Jahre

TP02

**In welchem Ausmaß sind Sie in der PVE beschäftigt?**

- Vollzeit
- > 30 Stunden
- 20 – 30 Stunden
- 10 – 20 Stunden
- < 10 Stunden
- Werkvertrag

**1 aktiver Filter**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde:  
**6** Dann Frage/Text **TP48** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

**Gehen Sie neben Ihrer Tätigkeit in der PVE noch anderen Tätigkeiten nach?**

- Ja
- Nein

**1 aktiver Filter**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde:  
**1** Dann Frage/Text **TP04** später im Fragebogen anzeigen (sonst ausblenden)

TP48

**Wie viele Stunden arbeiten Sie in der Woche auf einer werkvertraglichen Basis?**

TP04

**Welcher Nebentätigkeit/en gehen Sie nach?**

- Ich bin in freier Praxis tätig.
- Ich arbeite in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt.
- Ich arbeite in einer Rehabilitations – oder Kureinrichtung.
- Andere

TP06

**Wie viele Personen sind in der PVE beschäftigt (mit Ihnen eingeschlossen)?**

- < 10
- 10 – 20
- 20 – 30
- 30 – 50
- > 50

TP07

**Sind neben Ihnen noch weitere Psycholog:innen in der PVE beschäftigt?**

Ja

Nein

Wenn Ja, wie viele?

TP19

**Sind in der PVE Psychotherapeut:innen beschäftigt?**

Ja

Nein

Wenn Ja, wie viele?

TP17

**Wie oft kommunizieren Sie beruflich mit Psycholog:innen außerhalb der PVE?**

mindestens 1mal täglich

mindestens 1mal  
wöchentlich

mindestens 1mal  
monatlich

seltener

nie

**TP15**

**Die Zielgruppe meiner Tätigkeiten sind:**

- Kinder und
- Jugendliche
- Erwachsene
- älteren Menschen

TP44

**Gibt es eine Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen<sup>2</sup> wie Entzugskliniken oder Psychiatrie?**

- Ja
- Nein

TP21

Es folgen nun einige Fragen zu möglichen Handlungsfeldern für Psycholog:innen in einer PVE. Bitte geben Sie an, ob Sie folgende Tätigkeiten ausführen.

**1. Akutbetreuung im Notfall (Tod eines Angehörigen/ gravierende medizinische Diagnosen)**

- Ja  
 Nein

TP22

**2. Klinisch-psychologische Diagnostik**

- Ja  
 Nein

TP23

**3. Klinisch-psychologische Befunde/Gutachten**

- Ja  
 Nein

TP24

**4. Klinisch-psychologische Beratung**

- Förderung der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsakzeptanz
- Psychoedukation
- Angehörigenbetreuung
- Andere
- Die klinisch-psychologische Beratung ist NICHT Teil meiner Tätigkeit

TP25

### 5. Klinisch-psychologische Behandlung

- Bei psychischen Erkrankungen (Angst, Depressionen)
- Bei somatischen Erkrankungen (Diabetes, Schmerz)
- Die klinisch-psychologische Behandlung ist nicht Teil meiner Tätigkeit

TP26

### 6. Verlaufskontrolle

- Überprüfung der Therapieziele
- Feststellen von Änderungen und Entwicklungen
- Ich mache keine Verlaufskontrollen

TP27

### 7. Primäre Gesundheitsprävention – Erhaltung von Gesundheit durch

- Psychoedukation
- Motivationsarbeit
- Lebensstilveränderungen
- Andere
- Ich mache keine Primärprävention

TP28

### 8. Sekundäre Gesundheitsprävention – Gesundheit wiederherstellen durch

- RaucherInnenentwöhnung
- Stressreduktion
- Entspannungstrainings
- Andere
- Ich mache keine Sekundärprävention

### 9. Tertiäre Gesundheitsprävention – bestmögliche Lebensqualität erhalten bei chronischen Erkrankungen durch

- Psychoedukation
- Motivationsarbeit
- Andere
- Ich mache keine Tertiärprävention

TP30

### 10. Gesundheitspsychologische Diagnostik

- Risikoscreening
- Diagnostik von psychischen und gesundheitlichen Belastungen
- Ressourcendiagnostik
- Ich mache keine gesundheitspsychologische Diagnostik

TP31

**11. Gesundheitspsychologische Befunde/Gutachten**

- Ja  
 Nein

TP32

**12. Gesundheitsförderliche Maßnahmen/Projekte**

- Entwicklung von Maßnahmen/Projekten  
 Implementierung von Maßnahmen/Projekten  
 Evaluierung von Maßnahmen/Projekten  
 Gesundheitsförderlichen Maßnahmen/Projekte sind NICHT Teil meiner Tätigkeit

TP33

**13. Workshops zu verschiedenen Gesundheitsthemen**

- Ja  
 Nein  
 Wenn Ja, welche Themen

TP34

**14. Gezielte Weiterleitung von Patient:innen an externe Einrichtungen**

- Ja  
 Nein

**15. Informationen über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen**

TP35

- Ja  
 Nein

TP36

**16. Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung von vulnerablen Gruppen (Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen)**

- Ja  
 Nein

TP37

**17. Hausbesuche**

- Ja  
 Nein

TP38

**18. Aktives Mitwirken an Frühen Hilfen**

- Ja  
 Nein

TP39

**19. Maßnahmen zur kontinuierlichen Unterstützung in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz**

- Ja  
 Nein

**20. Kooperationen mit Anbietern und Projekten in der schulischen und**

**TP40 betrieblichen Gesundheitsförderung**

Ja

Nein

TP41

**21. Mitwirken an Social Prescribing**

Ja

Nein

**P13** Bitte beschreiben Sie kurz in eigenen Worten Ihren Arbeitsalltag und die Tätigkeiten in der PVE:

TP14

Für welche Aufgabe(n) in einer PVE sind Ihrer Meinung nach Psycholog:innen unverzichtbar?

Was wären aus Ihrer Sicht die wichtigsten 3 Punkte die für Psycholog:innen in einer PVE verbessert werden sollten?

1.

2.

3.

TP16

Reihen Sie bitte Folgende Berufsgruppen nach der Häufigkeit mit der Sie mit diesen zusammenarbeiten:

1= am häufigsten, 2 = am zweithäufigsten etc.; 0 = keine Zusammenarbeit bzw. die Berufsgruppe arbeitet nicht in der PVE

Ärzt\*innen

Ordinationsassistenz

Diplomierte  
Gesundheitsund  
Krankenpfleger\*in

Ergotherapeut\*in

Physiotherapeut\*in

Hebamme

Logopäd\*in

Sozialarbeiter\*in

Management

andere

**Haben Sie die Möglichkeit für Supervision innerhalb der PVE?**

- Ja
- Nein

**Besteht die Möglichkeit für Interventionen innerhalb der PVE?**

- Ja
- Nein

**Wie kommen Sie in der PVE zu den Patient:innen?**

TP45

- Durch die Zuweisung der Ärzt\*innen in der PVE
- Es gibt eine Sprechstunde
- Zuweisung von anderen Ärzt\*innen
- Andere

**Sind Sie in die interdisziplinäre Einzelfallbesprechung involviert?**

- Ja
- Nein

z05

Es folgt nun ein Fragebogen zur Messung von Zufriedenheit, Commitment und Engagement (EXQ).

Der EXQ ist ein Instrument, das ein ganzheitliches Bild der Employee eXperience erfasst. Diese beschreibt zentrale Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeitenden in Organisationen und beinhaltet folgende vier Konstrukte: Arbeitszufriedenheit, organisationales Commitment sowie individuelles Engagement und kollektives Engagement.

A

**z01 Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Merkmalen Ihrer Arbeit sind:**

	1	2	3	4	5	6	7
Meinen Teamkollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meiner Führungskraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meiner Arbeitstätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meinen Entwicklungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meiner Vergütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1= sehr unzufrieden; 2= unzufrieden; 3= eher unzufrieden; 4= weder noch; 5= eher zufrieden; 6= zufrieden; 7= sehr zufrieden

AZ02

**Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die persönliche Einstellung gegenüber dem Arbeitgeber. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen.**

Ich halte diese Organisation für den besten Arbeitgeber, der für mich in Frage kommt.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Die Zukunft dieser Organisation liegt mir sehr am Herzen.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Freunden gegenüber lobe ich diese Organisation als besonders guten Arbeitgeber.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich bin stolz, wenn ich anderen sagen kann, dass ich zu dieser Organisation gehöre.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

**Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie persönlich bei der Arbeit zutreffen.**

Ich investiere sehr viel Kraft in meine Arbeit.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich gebe mein Bestes, um gute Leistungen zu erbringen.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich arbeite mit voller Begeisterung.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich erledige meine Arbeit mit großer Freude.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich konzentriere mich sehr auf meine Arbeit.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

Ich bin von meiner Arbeit gefesselt.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------

**Die folgenden Aussagen beziehen sich auf das Organisationsklima und wie Sie Mitglieder der Organisation wahrnehmen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie zustimmen.**

Die Mitglieder in meiner Organisation...

... stürzen sich voller Tatendrang in ihre Arbeit.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------

... investieren sehr viel Kraft und Anstrengung in ihre Arbeit.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------

... ziehen viel Stolz aus ihren Erfolgserlebnissen.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------

... arbeiten voller Leidenschaft und Begeisterung.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------------	--------------------	----------------------------	----------------	-------------------	----------------------------	-------------------------------

... sind so sehr von ihrer Arbeit gefesselt, dass sie oftmals die Zeit vergessen.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

... sind sehr fokussiert bei der Erledigung ihrer Arbeit.

Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Bin neutral	Stimme eher zu	Stimme weitgehend zu	Stimme voll und ganz zu
---------------------	-----------------	----------------------	-------------	----------------	----------------------	-------------------------

**Letzte Seite**

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

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

---

### Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

**Am Panel teilnehmen**

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig und falls Sie nicht mehr teilnehmen möchten, reicht ein Klick. Das SoSci Panel sendet Ihnen keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen. M. Sc. Laura Plotho, Medizinische Universität Graz – 2024

