

Eingereicht von

Florian Schütz

Angefertigt am

**Institut für
Allgemeinmedizin,
Medizinische Fakultät
JKU Linz**

Beurteiler / Beurteilerin

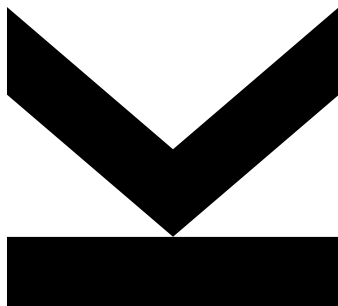
Dr. Erwin Rebhandl

Mitbetreuung

Sarah Egginger

April 2026

**DIE ROLLE DES PFLEGEBERUFS IN
PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN IN
ÖSTERREICH - AUFGABEN,
INTERPROFESSIONELLE
ZUSAMMENARBEIT UND
INTERNATIONALE PERSPEKTIVEN**



Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. med. univ.

im Masterstudium

Humanmedizin

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt und begleitet haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Herrn Dr. Erwin Rebhandl, für seine fachliche Unterstützung, seine wertvollen Anregungen sowie seine Geduld und Zeit während des gesamten Arbeitsprozesses. Ebenso danke ich meiner Mitbetreuerin, Frau Sarah Egginger, für ihre hilfreichen Hinweise und ihre engagierte Begleitung.

Ein weiterer großer Dank gilt allen Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, die sich die Zeit genommen haben, ihre Erfahrungen und ihr Wissen mit mir zu teilen. Ohne ihre Bereitschaft wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen.

Abschließend danke ich allen, die mich auf meinem Weg unterstützt und motiviert haben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1. <i>Problemstellung und Relevanz des Themas.....</i>	8
1.2. <i>Zielsetzung der Arbeit</i>	9
1.3. <i>Forschungsfrage.....</i>	9
1.4. <i>Aufbau der Arbeit.....</i>	10
2. Theoretischer Rahmen: Die Primärversorgung	11
2.1. <i>Definition und Prinzipien der Primärversorgung.....</i>	11
2.2. <i>Entwicklung und Ziele der Primärversorgungseinheiten in Österreich</i>	13
2.3. <i>Gesetzliche und strukturelle Grundlagen der PVE.....</i>	15
2.4. <i>Aufbau und Aufgaben der PVE</i>	16
2.5. <i>Aktuelle Herausforderungen und Zukunftsaussichten der Primärversorgung</i>	18
3. Der Pflegeberuf im österreichischen Gesundheitswesen	20
3.1. <i>Historische Entwicklung des Pflegeberufs</i>	20
3.2. <i>Aktuelle gesetzliche Grundlagen.....</i>	21
3.2.1. <i>Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).....</i>	21
3.2.2. <i>Das Primärversorgungsgesetz (PrimVG)</i>	22
3.2.3. <i>Das Ärztegesetz (ÄrzteG).....</i>	23
3.2.4. <i>Bedeutung für die Pflegepraxis</i>	23
3.3. <i>Berufsgruppen und Qualifikationsstufen</i>	23
3.3.1. <i>Pflegeassistent (PA)</i>	24
3.3.2. <i>Pflegefachassistent (PFA)</i>	24
3.3.3. <i>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)/ gehobener Dienst</i>	24
3.3.4. <i>Bedeutung für die Primärversorgung</i>	24
3.4. <i>Aufgaben und Kompetenzprofile der Pflege in der Primärversorgung.....</i>	25
3.5. <i>Internationale Perspektiven auf die Rolle der Pflege in der Primärversorgung</i>	27
3.6. <i>Die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) in der Primärversorgung</i>	28
3.6.1. <i>Definition und theoretische Grundlagen.....</i>	28
3.6.2. <i>Internationale Unterschiede im Kompetenzumfang der APN.....</i>	29

3.6.3.	Aufgaben und Kompetenzbereiche	30
3.6.3.1.	Direkte klinische Aufgaben	30
3.6.3.2.	Aufgaben in der Patient:innenbetreuung & Gesundheitsförderung	30
3.6.3.3.	Interprofessionelle Zusammenarbeit	30
3.6.3.4.	Case Management	30
3.6.3.5.	Forschung und evidenzbasierte Arbeit	31
3.6.4.	Vorteile von APN gegenüber herkömmlichen DGKP	31
3.6.5.	Aktuelle Situation in Österreich	31
3.6.6.	Internationale Perspektive	31
3.6.6.1.	Australien	32
3.6.6.2.	Vereinigtes Königreich	32
3.6.6.3.	Schlussfolgerung	33
4.	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung	34
4.1.	<i>Definition und theoretische Grundlage interprofessioneller Zusammenarbeit</i>	<i>34</i>
4.2.	<i>Begriffserklärung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen</i>	<i>35</i>
4.2.1.	Transprofessionelle Zusammenarbeit	35
4.2.2.	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	35
4.2.3.	Intraprofessionelle Zusammenarbeit	35
4.2.4.	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	35
4.2.5.	Interprofessionelle Zusammenarbeit	35
4.3.	<i>Erfolgsfaktoren und Barrieren interprofessioneller Zusammenarbeit</i>	<i>35</i>
4.3.1.	Erfolgsfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit	36
4.3.2.	Barrieren interprofessioneller Zusammenarbeit	36
4.4.	<i>Rolle der Pflege im multiprofessionellen Team</i>	<i>37</i>
5.	Methodik der empirischen Untersuchung	39
5.1.	<i>Forschungsdesign</i>	<i>39</i>
5.2.	<i>Stichprobe und Sampling</i>	<i>39</i>
5.3.	<i>Datenerhebung</i>	<i>39</i>
5.4.	<i>Interviewleitfaden</i>	<i>40</i>

5.5.	<i>Datenauswertung</i>	41
5.6.	<i>Gütekriterien qualitativer Forschung</i>	45
5.7.	<i>Ethische Aspekte</i>	45
6.	Ergebnisse der empirischen Untersuchung	46
6.1.	<i>Aufgabenbereiche der DGKP in PVE</i>	46
6.2.	<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	47
6.3.	<i>Wahrnehmung erweiterter Pflegekompetenzen</i>	48
6.4.	<i>Herausforderungen im Alltag</i>	50
7.	Diskussion	52
7.1.	<i>Einordnung der Aufgabenbereiche der DGKP</i>	52
7.2.	<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	53
7.3.	<i>Erweiterte Pflegekompetenzen und internationale Perspektiven</i>	53
7.4.	<i>Herausforderungen im Arbeitsalltag</i>	54
7.5.	<i>Limitationen der Studie</i>	55
7.6.	<i>Schlussfolgerung für Praxis und Gesundheitssystem</i>	55
8.	Fazit und Ausblick	56
9.	Literaturverzeichnis	59
10.	Abbildungsverzeichnis	61

Abstract

Diese Masterarbeit untersucht die Rolle des Pflegeberufs in Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich mit besonderem Fokus auf Aufgabenbereiche, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie erweiterte Kompetenzprofile. Vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie dem demographischen Wandel, der Zunahme chronischer Erkrankungen und einem steigenden Versorgungsbedarf, kommt der Primärversorgung in Zukunft eine zentrale Bedeutung zu.

Ziel der Arbeit ist es, die aktuelle Rolle diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) in PVE zu analysieren und deren Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, kontinuierlichen und patientenzentrierten Versorgung darzustellen. Darüber hinaus wird untersucht, inwieweit erweiterte Pflegekompetenzen sowie internationale Modelle, wie z.B. Advanced Practice Nursing, zur Weiterentwicklung der österreichischen Versorgungsstrukturen beitragen können.

Methodisch basiert die Arbeit auf einem qualitativen Forschungsdesign. Es wurden leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews mit zehn DGKP durchgeführt, die in Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich tätig sind. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rolle der Pflege in PVE als vielseitig und zunehmend eigenständig wahrgenommen wird. Neben klassischen pflegerischen Tätigkeiten übernehmen DGKP auch koordinierende, beratende und präventive Aufgaben. Gleichzeitig wird deutlich, dass ein Teil der Tätigkeiten weiterhin assistierenden Charakter hat und das vorhandene Kompetenzpotenzial dadurch nicht vollständig ausgeschöpft werden kann.

Erweiterte Pflegekompetenzen werden von den Befragten als überwiegend positiv bewertet, insbesondere im Hinblick auf eine Entlastung von Ärzten und Ärztinnen sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Allerdings bestehen weiterhin strukturelle, rechtliche und organisatorische Herausforderungen, die eine umfassende Implementierung erschweren. Zusammenfassend zeigt die Arbeit, dass der Pflegeberuf eine zentrale Rolle in der Primärversorgung einnimmt und ein wesentliches Potenzial für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bietet. Eine gezielte Stärkung der pflegerischen Kompetenzen sowie klare strukturelle Rahmenbedingungen sind erforderlich, um dieses Potenzial langfristig ausschöpfen zu können.

Abstract

This master's thesis examines the role of the nursing profession in primary care units (PCUs) in Austria, with a particular focus on areas of responsibility, interprofessional collaboration, and extended nursing competencies. In light of current challenges in healthcare systems, such as demographic change, the increasing prevalence of chronic diseases, and rising demands for care, the further development of primary care is of central importance.

The aim of this study is to analyze the current role of nurses working in PCUs and to assess their contribution to ensuring high-quality, continuous, and patient-centered care. In addition, the study explores the extent to which expanded nursing competencies and international models, particularly in the context of Advanced Practice Nursing, can contribute to the further development of healthcare structures in Austria.

Methodologically, the study is based on a qualitative research design. Semi-structured, guideline-based interviews were conducted with ten nurses working in primary care units in Upper Austria. The data were analyzed using qualitative content analysis according to Mayring. The findings indicate that the role of nurses in PCUs is perceived as diverse and increasingly autonomous. In addition to traditional nursing tasks, nurses take on coordinating, advisory, and preventive functions and play a key role in interprofessional collaboration. At the same time, the results reveal that a significant proportion of daily tasks still involves assistive activities, suggesting that the full potential of nursing competencies is not yet fully utilized.

Expanded nursing competencies are generally viewed positively by participants, particularly regarding the potential to relieve physicians and improve the quality of care. However, structural, legal, and organizational challenges remain, limiting their implementation.

In conclusion, the study demonstrates that the nursing profession plays a central role in primary care and holds significant potential for the further development of the healthcare system.

Strengthening nursing competencies and establishing clear structural frameworks are essential to fully realize this potential in the long term.

1. Einleitung

1.1. Problemstellung und Relevanz des Themas

Angesichts aktueller Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen beschäftigt sich diese Arbeit mit der Rolle des Pflegeberufs in Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich. Besonderes Augenmerk liegt auf die Notwendigkeit einer Erweiterung pflegerischer Kompetenzen im internationalen Vergleich sowie auf die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit.

Weltweit stehen Gesundheitssysteme im 21. Jahrhundert vor großen Herausforderungen. Nicht nur eine stark alternde Gesellschaft, auch Pandemien, wie das COVID-19-Virus, steigende Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an das Gesundheitssystem, ein Anstieg chronischer Erkrankungen und steigende Gesundheitsausgaben üben einen erheblichen Druck auf unser Versorgungssystem aus. (1) Laut OECD wird der Bevölkerungsanteil von Menschen mit über 65 Jahren bis 2050 auf bis zu 28% ansteigen, was zu einem erhöhten Bedarf an effektiver und hochwertiger Betreuung von Bürgerinnen und Bürger mit chronischen Erkrankungen führen wird. Hierbei steht vor allem auch die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten und Facharztbesuchen im Vordergrund. Dabei geht es um eine Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung von Menschen jeder sozio-ökonomischen Schicht. Eine starke Primärversorgung stellt dabei eine zentrale Rolle dar. Sie ist nicht nur effizient und effektiv, sondern kann auch zu einem verzögerten Onset chronischer Erkrankungen führen und eine präventive Rolle beim Verhindern von Tumorerkrankungen spielen. (1)

Auch in Österreich wird die Primärversorgung als zentrales Element der umfassenden Gesundheitsversorgung angesehen. Sie ist die erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung und sorgt für eine wohnortnahe und zeitlich ausreichende Verfügbarkeit. (2) Laut dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP) kann mit Einzelpraxen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten eine patientenorientierte hochwertige pflegerische und ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. (3) In Österreich wird der Ausbau und die Weiterentwicklung von Einzelordinationen hin zu multiprofessionellen Organisationen angestrebt. (2) Mit dem Ausbau der Primärversorgungseinheiten wird auf die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen reagiert. Dabei handelt es sich um ein Netzwerk bzw. ein Zentrum, in dem in multiprofessionellen Teams interdisziplinär gearbeitet wird, um so die bestmögliche Versorgung für Patientinnen und Patienten erzielen zu können. (3)

Die OECD beschreibt in ihrem Bericht „Realising the Potential of Primary Health Care“, dass das Arbeiten im multiprofessionellen Team zu einer größeren Effizienz und Qualität im

Gesundheitswesen beiträgt. (1) Aufgrund des steigenden Bedarfs an ärztlichen Konsultationen wird es in Zukunft wichtiger werden, Aufgaben innerhalb des Teams neu zu verteilen, Stichwort „task shifting“. Somit können Kompetenzbereiche einiger Berufsgruppen erweitert werden und gleichzeitig andere Professionen entlastet werden, was zu einer größeren Effizienz führt. (1)

Hierbei kommt vor allem dem Pflegeberuf eine große Bedeutung zu, der in naher Zukunft so Aufgaben übernehmen könnte, die bisher ärztliche Tätigkeit waren. (1) Die WHO beschreibt, dass Pflegepersonen zunehmend komplexere Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Edukation und Management chronisch kranker Bürger und Bürgerinnen übernehmen. Somit sind Pflegepersonen nicht mehr nur unterstützende Kräfte im Alltag, sondern werden zu eigenständigen Akteuren in der Primärversorgung, die zum Erreichen einer optimalen Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Teil beitragen können. (4) Auch die OECD begrüßt diese Ausweitung der Kompetenzen im Pflegeberuf und nennt Beispielländer, in denen Pflegepersonen bereits Aufgaben wie Medikamentenverschreibung, Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich übernehmen. (1)

Die Kombination aus demographischem Wandel, steigender Krankheitslast und Fachkräftemangel erfordert ein Umdenken und Reformen im Gesundheitswesen. Ein zentraler Punkt wird eine enge interprofessionellen Zusammenarbeit und eine neue Rollenverteilung der einzelnen Gesundheitsberufe, insbesondere im Pflegeberuf, sein. Dies stellt eine Grundvoraussetzung dar, um die Primärversorgung zu stärken und effizienter zu gestalten.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Rolle des Pflegeberufs in österreichischen Primärversorgungseinheiten (PVE) zu analysieren. Dabei wird untersucht, in welchem Ausmaß Pflegepersonen in multiprofessionellen Teams zur Sicherstellung einer umfassenden, kontinuierlichen und patientenzentrierten Versorgung beitragen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit und der Erweiterung des pflegerischen Kompetenzbereichs im nationalen und internationalen Vergleich. Durch die Einbindung internationaler Beispiele sollen Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis und des Gesundheitssystems in Österreich abgeleitet werden.

1.3. Forschungsfrage

Wie gestaltet sich die Rolle des Pflegeberufs in österreichischen Primärversorgungseinheiten und welchen Einfluss haben erweiterte Pflegekompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit auf die Qualität und Effizienz in unserem Gesundheitswesen?

1.4. Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird die Wichtigkeit der Primärversorgung beschrieben, sowie der Aufbau und die Struktur beziehungsweise die interprofessionelle Zusammenarbeit in Primärversorgungseinheit skizziert. Anschließend wird das Tätigkeitsfeld des Pflegeberufs in Primärversorgungseinheiten dargestellt und internationale Modelle des Pflegeberufs vorgestellt.

Im Rahmen der Masterarbeit werden Interviews mit Pflegekräften aus Primärversorgungseinheiten geführt und ausgearbeitet. Auf Basis dieser Interviews wird diskutiert, wie und ob eine Ausweitung des Kompetenzbereichs von Pflegepersonen Sinn macht oder nicht.

2. Theoretischer Rahmen: Die Primärversorgung

2.1. Definition und Prinzipien der Primärversorgung

Bereits im Jahre 1978 wurde in der „Declaration of Alma-Ata“ die Primärversorgung als der Grundpfeiler eines gerechten und nachhaltigen Gesundheitssystems definiert. Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt darin die Primärversorgung als

„Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford“. (5)

Damit wird Primärversorgung als eine grundlegende, wissenschaftlich fundierte und sozial akzeptierte Gesundheitsversorgung verstanden, die allen Menschen durch Beteiligung der Gemeinschaft und zu leistbaren Kosten zugänglich sein soll.

Anhand der Alma-Ata-Deklaration können zentrale Prinzipien für die Primärversorgung abgeleitet werden, die bis heute gültig sind: soziale Gerechtigkeit, Zugang zu Gesundheitsleistungen, Mitgestaltung des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung, ganzheitliche Gesundheitsförderung, Prävention sowie interprofessionelle Zusammenarbeit. Gesundheit wird dabei nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. (5,6)

Auch in ihrem „Operational Framework for Primary Health Care“ konkretisiert die WHO gemeinsam mit UNICEF die Umsetzung dieser Prinzipien. Dabei liegt das Augenmerk der Primärversorgung nicht nur auf der Behandlung akuter Erkrankungen, sondern auch auf präventiven, rehabilitativen, edukativen und gesundheitsfördernden Maßnahmen. (4)

Aber nicht nur die WHO sieht eine starke Primärversorgung als Basis eines erfolgreichen Gesundheitssystems, auch die OECD betont dies in ihrem Bericht „Realising the Potential of Primary Health Care“. Darin wird beschrieben, wie mit Hilfe der Primärversorgung die Effizienz, Qualität und die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens zum Positiven beeinflusst werden kann. Die OECD geht davon aus, dass eine starke Primärversorgung „the cornerstone of resilient health systems“ (1) ist.

Heutzutage stellt die Primärversorgung die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem dar und bildet dadurch das Fundament eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Somit kann mit

einer hochwertigen und kontinuierlichen Versorgung eine umfassende medizinische Betreuung für Personen mit gesundheitsrelevanten Fragestellungen sichergestellt werden. (3)

Das von Green et al. (2001) in Abbildung 1 entwickelte ökologische Modell verdeutlicht anschaulich, wie häufig und auf welchen Ebenen Menschen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Obwohl die quantitativen Werte in Österreich geringfügig abweichen dürften, lässt sich die grundsätzliche Aussage auch auf das österreichische Gesundheitssystem übertragen. Demnach erleben von 1.000 Personen innerhalb eines Monats rund 800 gesundheitliche Beschwerden oder Symptome. Etwa 327 dieser Personen ziehen es in Betracht, sich professionelle medizinische Hilfe zu suchen. Rund 217 wenden sich tatsächlich an eine Arztpraxis – davon konsultieren 113 eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner, während 104 eine Fachärztin bzw. einen Facharzt aufsuchen. Ergänzend dazu greifen 65 Personen auf komplementärmedizinische Angebote zurück. Weitere 21 Patientinnen und Patienten suchen eine Ambulanz auf, 14 erhalten häusliche Pflegeleistungen, 13 begeben sich in eine Notaufnahme, 8 werden stationär aufgenommen und lediglich 0,7 Personen gelangen in eine universitäre Klinik. (7)

Die dargestellten Zahlen machen deutlich, dass die Primärversorgung das Rückgrat des Gesundheitssystems bildet. Sie fungiert als erste Anlaufstelle für die Mehrheit der Bevölkerung und deckt den größten Teil der gesundheitlichen Anliegen ab. Während nur ein sehr kleiner Anteil der Patient:innen in hochspezialisierten oder stationären Einrichtungen behandelt wird, findet der überwiegende Teil der Versorgung im niedergelassenen Bereich, insbesondere in der hausärztlichen und pflegerischen Primärversorgung, statt. Damit wird ersichtlich, dass die Stärkung dieser Versorgungsebene entscheidend ist, um eine kontinuierliche, wohnortnahe und effiziente Betreuung sicherzustellen. Ein gut ausgebauter Primärversorgungssektor trägt somit maßgeblich dazu bei, das Gesundheitssystem zu entlasten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nachhaltig zu sichern.

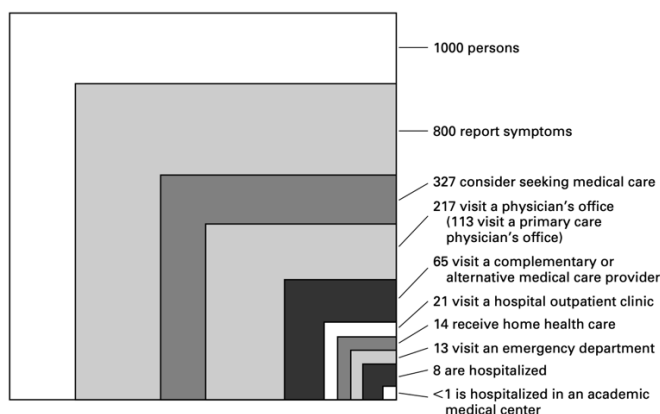


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungsebenen (7)

Wie bereits erläutert ist das wesentliche Ziel der Primärversorgung die Sicherstellung und Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Betreuung, insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen. In der Primärversorgung liegt der Fokus jedoch nicht nur auf der Versorgung von erkrankten Menschen, sondern zunehmend auf Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Diese Bereiche gelten seit der Gesundheitsreform als zentrale Handlungsfelder und tragen wesentlich zur Verbesserung des individuellen und kollektiven Gesundheitszustandes bei. (2)

Ein flächendeckend gut strukturiertes Primärversorgungssystem bietet zahlreiche Vorteile: Es trägt zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung bei, fördert gesundheitliche Ressourcen und reduziert gleichzeitig unnötige Krankenhausaufenthalte, wodurch der stationäre Sektor entlastet wird. (8)

2.2. Entwicklung und Ziele der Primärversorgungseinheiten in Österreich

In Österreich wurde das Konzept der Primärversorgung im Rahmen der Gesundheitsreform 2017 gesetzlich verankert. Das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) bildet die rechtliche Grundlage der Primärversorgungseinheiten in Österreich. Laut §2 PrimVG ist die PVE eine Einrichtung, die

„sich aus mindestens zwei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und mindestens einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt.“ (9)

Bereits einige Jahre vor der gesetzlichen Verankerung begann sich in Österreich ein neues Organisationsmodell der wohnortnahen Primärversorgung zu etablieren. Im Jahr 2014 wurde die österreichische Versorgungslandschaft um das Konzept der Primärversorgungseinheit erweitert. Innerhalb dieser Einrichtungen arbeiten Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde gemeinsam mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Ordinationsassistenten und weiteren Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe im Team. Neben der medizinischen Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen bilden Gesundheitsförderung, Prävention und psychosoziale Unterstützung zentrale Schwerpunkte des Leistungsangebots einer PVE. (10)

Die erste Primärversorgungseinheit Österreichs nahm 2015 in Wien ihren Betrieb auf. Mit der Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 setzte eine kontinuierlich positive Entwicklung in der Anzahl der PVEs ein. Einen deutlichen Aufschwung erlebte diese Entwicklung durch finanzielle Fördermaßnahmen im Rahmen der Aufbau- und Resilienzfazilität

(RRF) der Europäischen Union. Diese Förderungen trugen wesentlich zur Attraktivierung und Ausweitung der Primärversorgung bei, indem sie sowohl die Gründung neuer als auch die Unterstützung bestehender Primärversorgungseinheiten ermöglichten. Zudem wurde durch diese Mittel die Plattform Primärversorgung geschaffen, die den strukturierten, österreichweiten Erfahrungsaustausch zwischen bestehenden und entstehenden Einrichtungen fördert und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung koordiniert. (10)

Auch gesetzliche Anpassungen führten in den letzten Jahren zu einer Vereinfachung und Beschleunigung des Gründungsprozesses: Seit der Novellierung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2023 ist die Errichtung neuer Einheiten rechtlich und administrativ erleichtert worden. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, spezielle Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche – sogenannte Kinder-PVE – zu gründen. (10)

Die Planung der Standorte von Primärversorgungseinheiten erfolgt im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) der einzelnen Bundesländer. Bis 2025 ist vorgesehen, österreichweit insgesamt 133 PVE-Standorte zu etablieren, um eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. (10) Anhand der folgenden Grafik kann man sehr gut den Ausbau und die Entwicklung der PVE in Österreich erkennen.

Bisherige Entwicklung und aktueller Stand der PVE in Österreich

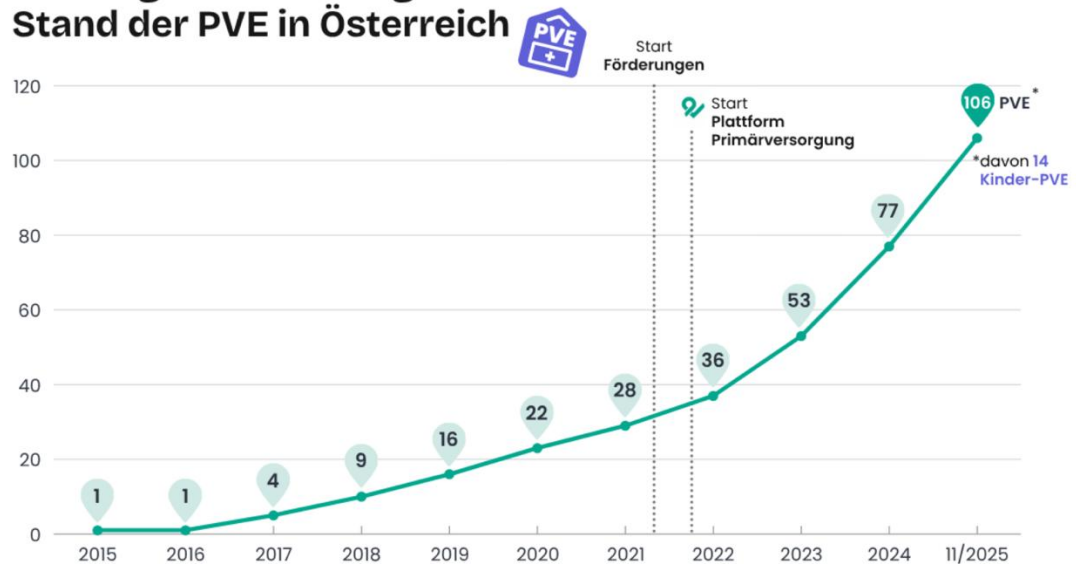


Abbildung 2: Entwicklung der PVE in Österreich (10)

Eine zentrale Anforderung an jede PVE ist die wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung der Bevölkerung. Dabei sollen gerechte Öffnungszeiten und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit sicherstellen, dass sowohl akute Erkrankungen als auch chronische und

multimorbide Gesundheitsprobleme adäquat betreut werden. Neben der medizinischen Behandlung steht insbesondere auch die pflegerische, präventive und soziale Betreuung im Vordergrund, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. (9)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (2023/2025) unterstreicht diese Zielsetzung und hebt nochmals hervor, dass durch eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit die Leistungsfähigkeit der Primärversorgung wesentlich gesteigert wird. Ziel ist es, die Versorgung von Personen mit akuten wie auch chronischen Erkrankungen qualitativ zu verbessern und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu erleichtern. Besonders die Pflege nimmt innerhalb des Primärversorgungskernteams eine zentrale Rolle ein, sowohl in der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der kontinuierlichen Betreuung und Koordination von Versorgungsprozessen. (2)

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) schreibt auf ihrer Webseite, dass mit Hilfe der PVE eine qualitativ hochwertige, effiziente und an die gesellschaftlichen Bedürfnisse angepasste Gesundheitsversorgung erreicht werden kann. (3)

2.3. Gesetzliche und strukturelle Grundlagen der PVE

Das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), welches 2017 im Zuge einer Gesundheitsreform beschlossen wurde, regelt die rechtliche Grundlage für die Einrichtung und den Betrieb von PVE. Ziel des Gesetzes ist eine wohnortnahe, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung. Gemäß §2 PrimVG dient die PVE als erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Einzugsgebiet und soll zur Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheit und Behandlung akuter beziehungsweise chronischer Erkrankungen beitragen. (9)

Laut Absatz 2 §2 PrimVG besteht eine PVE „aus mindestens zwei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und mindestens einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (9), die orts- und bedarfsabhängig durch andere Professionen von Gesundheits- und Sozialberufen ergänzt werden können. Das PrimVG verpflichtet die PVE eine breite Palette an medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen anzubieten und die Koordination zwischen anderen Berufsgruppen zu übernehmen, um die regionalen gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu erfüllen. (9)

Eine PVE kann, sofern die örtlichen Verhältnisse es ermöglichen, entweder als Primärversorgungszentrum (PVZ) an einem Standort oder als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) an mehreren Standorten gegründet werden. (9) Bei einem PVZ arbeiten die jeweiligen Ärzte und Ärztinnen, sowie die weiteren Gesundheitsberufe gemeinsam unter einem Dach. Beim

PVN hingegen arbeiten die Ärzte und Ärztinnen sowie die jeweiligen Gesundheitsberufe dezentral an verschiedenen Standorten. (11)

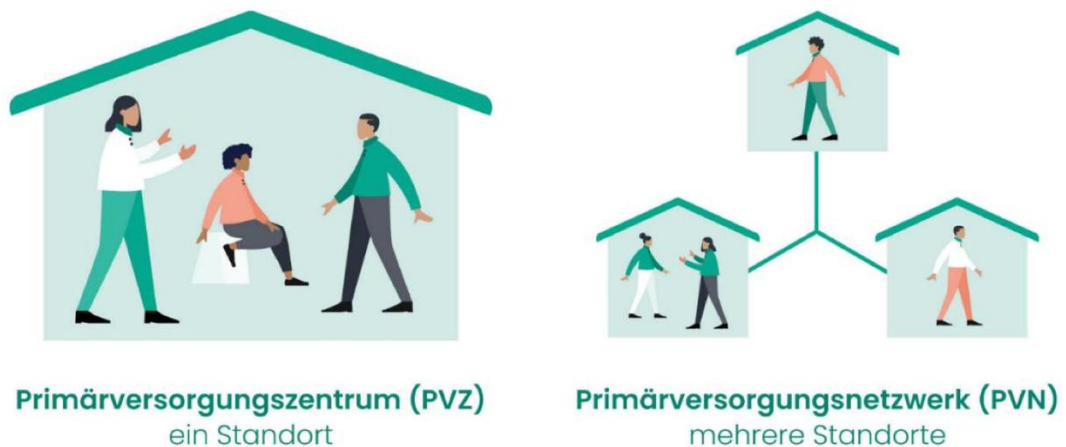


Abbildung 3: Möglichkeiten einer PVE (8)

Der ÖSG 2023/2025 konkretisiert die Aufgaben der PVE im Rahmen des PrimVG und legt fest welche konkreten Leistungen als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen angeboten werden müssen. Das Team von PVE übernimmt neben medizinischen Aufgaben auch eine sehr wichtige Rolle für die sektorenübergreifende Versorgung. Dadurch soll die Zusammenarbeit zwischen dem Primär- und Sekundärbereich verbessert werden. Das bedeutet, dass PVE für die Bevölkerung eine Lotsenfunktion einnehmen, um so eine gezielte Weiterleitung an andere Bereiche im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Dies trägt nicht nur zur Effizienzsteigerung, sondern auch zu einer Qualitätssteigerung innerhalb des Systems bei. (9)

2.4. Aufbau und Aufgaben der PVE

Der Aufbau einer Primärversorgungseinheit (PVE) orientiert sich an den im PrimVG und im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ festgelegten Vorgaben. Jede PVE besteht aus einem Kernteam und einem Erweiterungsteam. Das Kernteam umfasst gemäß § 2 Abs. 2 PrimVG mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte für Allgemeinmedizin sowie mindestens eine diplomierte Pflegeperson des gehobenen Dienstes. Ergänzt wird dieses Team durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe, wie Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Hebammen, Sozialarbeiter:innen und Ordinationsassistent:innen. (9)

Abhängig von regionalen Anforderungen kann das Erweiterungsteam zusätzlich von Psycholog:innen, Logopäd:innen, klinischen Pharmazeut:innen oder Vertreter:innen anderer Berufsgruppen ergänzt werden. Ziel dieser multiprofessionellen Zusammensetzung ist immer eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der gesamten Versorgungskette

sicherzustellen. Durch das Zusammenspiel verschiedenster Professionen im Gesundheitsbereich kann eine umfassende Versorgung im medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Bereich bereitgestellt werden. (3)

Das Team einer PVE

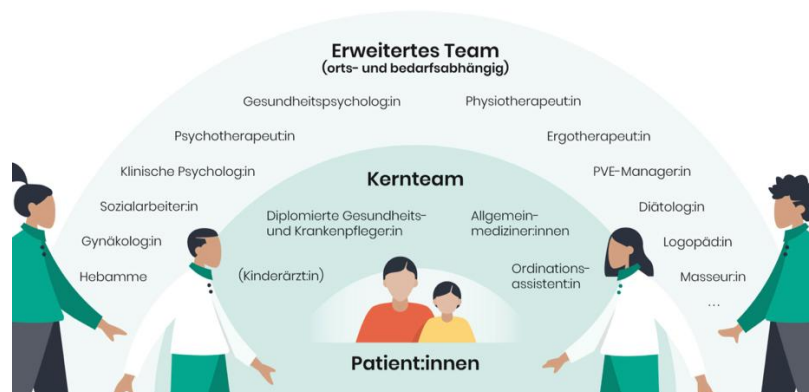


Abbildung 4: Darstellung des Kernteams und erweiterten Teams einer PVE, Quelle: (12)

Die Pflege nimmt dabei in der PVE eine Schlüsselrolle ein, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Koordination. Sie fungiert außerdem als Schnittstelle zwischen Ärzten und Ärztinnen, Patient:innen und anderen Berufsgruppen, was zu einer kontinuierlichen qualitativ hochwertigen Betreuung der Bevölkerung beiträgt. (1,2,4,9)

Gemäß § 5 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG, 2025) muss eine Primärversorgungseinheit (PVE) ein umfassendes Leistungsspektrum sicherstellen, das eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz abdeckt. Der Gesetzgeber legt fest, dass die Leistungen, insbesondere die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Personen sowie chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten umfassen müssen. Ebenso zählen die psychosoziale Betreuung, das Arzneimittelmanagement sowie die Gesundheitsförderung und Prävention zu den verpflichtenden Aufgaben einer PVE. Darüber hinaus ist gemäß § 5 Abs. 3 sicherzustellen, dass, abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, sowohl abschließende Akutbehandlungen als auch Langzeittherapien bei chronischen Krankheiten angeboten werden müssen. Damit trägt die Primärversorgungseinheit zur Sicherstellung einer ganzheitlichen, kontinuierlichen und patientenzentrierten Versorgung bei, die alle Lebensphasen und Gesundheitsbedürfnisse abdeckt. (9)

2.5. Aktuelle Herausforderungen und Zukunftsaussichten der Primärversorgung

Wie bereits in den Kapiteln zuvor beschrieben befindet sich die österreichische Primärversorgung seit einigen Jahren in einem stetigen Wandel. Zwar verfügt das Land über eine insgesamt gute medizinische Versorgungsstruktur, dennoch bestehen deutliche Defizite hinsichtlich der Koordination und Integration der verschiedenen Versorgungssektoren. Besonders der Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen, vor allem im ländlichen Bereich, stellt eine große Herausforderung dar. Dies wird wiederum durch den demographischen Wandel in westlichen Zivilisationen verschärft. (13)

2017, mit der Einführung des Primärversorgungsgesetzes, markierte einen wichtigen Meilenstein zur strukturellen Stärkung der ambulanten Versorgung. Ziel ist es dabei in multiprofessionelle Teams aus Ärzten und Ärztinnen, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsberufen zu etablieren, die eine wohnortnahe und kontinuierliche Betreuung der Bevölkerung sicherstellen. So gut dieses Modell auch klingen mag, zeigen sich in der praktischen Umsetzung immer wieder Probleme bzw. Konfliktfelder. Fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit, unterschiedliche Berufsverständnisse, unklare Kompetenzabgrenzungen und zu hohe Auslastung der einzelnen Berufsgruppen erschweren ein reibungsloses Zusammenarbeiten. (13)

Die COVID-19-Pandemie hat die bestehenden strukturellen Schwächen der österreichischen Gesundheitsförderung deutlich offengelegt, gleichzeitig aber auch die zentrale Bedeutung einer funktionierenden und resilienten Primärversorgung hervorgehoben. Insbesondere wurde sichtbar, wie essenziell Ärzten und Ärztinnen, Pflegefachpersonen sowie weitere Gesundheitsberufe in der Prävention, der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen, der Betreuung und Nachsorge von Patient:innen, sowie in ihrer Lotsenfunktion innerhalb des Gesundheitssystems sind. Die Primärversorgung bildet die erste Anlaufstelle der Bevölkerung zu Gesundheitsdienstleistungen, übernimmt eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsaufklärung und trägt wesentlich zur Reduktion vermeidbarer Krankenhausaufenthalte bei. (14)

Das Beispiel der COVID-19-Pandemie verdeutlicht, dass zukünftig die Stärkung der Primärversorgung, insbesondere der gezielte Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE), im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen stehen sollte. Dabei darf der Fokus nicht ausschließlich auf der quantitativen Ausweitung der PVE liegen, sondern muss auch qualitative Aspekte berücksichtigen. Von besonderer Relevanz ist hierbei die Stärkung pflegerischer Expertise durch den gezielten Einsatz von Pflegeexpert:innen, wie etwa Community (Health) Nurses oder Advanced Practice Nurses (APN). Diese Berufsgruppen können durch ihre

erweiterten Kompetenzbereiche und ihre Nähe zu den Patient:innen einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Ärzte und Ärztinnen und zur Verbesserung der Versorgungskontinuität leisten. (13,14)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die österreichische Primärversorgung zwar vor erheblichen strukturellen und organisatorischen Herausforderungen steht, der Weg zu einem zukunftsfähigen System jedoch bereits geebnet ist. Dies erfordert einerseits den kontinuierlichen Ausbau von Primärversorgungseinheiten, andererseits die konsequente Weiterentwicklung multiprofessioneller und interprofessionell arbeitender Teams. Zudem ist eine Neudefinition und Erweiterung der pflegerischen Kompetenzbereiche notwendig, um eine nachhaltige, patientenzentrierte und resiliente Primärversorgung sicherzustellen.

3. Der Pflegeberuf im österreichischen Gesundheitswesen

3.1. Historische Entwicklung des Pflegeberufs

Die Entwicklung des Pflegeberufs in Österreich ist das Ergebnis eines langen gesellschaftlichen, rechtlichen und professionellen Wandlungsprozesses. Ursprünglich wurzelt die Pflege in der karitativen Tätigkeit religiöser Orden. Bereits im Mittelalter übernahmen Klöster und kirchliche Einrichtungen wie die Barmherzigen Brüder oder die Elisabethinen zentrale Aufgaben in der Betreuung von Kranken, Armen und Bedürftigen. Pflege wurde in dieser Zeit vorwiegend als Akt christlicher Nächstenliebe verstanden und war eng mit religiösen Werten und einem Dienstgedanken verbunden. (15)

Mit dem Aufkommen moderner Medizin im 18. und 19. Jahrhundert begann sich die Pflege von einer rein helfenden zu einer zunehmend organisierten und strukturierten Tätigkeit zu entwickeln. Entscheidenden Einfluss hatte hierbei die Bewegung um Florence Nightingale, deren Reformen im Bereich Hygiene, Krankenbeobachtung und Ausbildung europaweit Maßstäbe setzten. Diese Ideen fanden auch in Österreich Anklang und führten 1882 zur Gründung des Rudolfinerhauses in Wien, der ersten Pflegeschule nach Nightingale'schem Vorbild. Damit begann die systematische Professionalisierung der Pflegeausbildung in Österreich. (15,16)

Ein grundlegender Wendepunkt war das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das im September 1997 in Kraft trat und seitdem mehrfach novelliert wurde. Es legte die rechtliche Grundlage für die moderne Pflegepraxis und definierte die Pflege erstmals als eigenständige Profession innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems. Das GuKG unterscheidet zwischen drei Qualifikationsniveaus, der Pflegeassistentenz, der Pflegefachassistentenz und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege, und beschreibt jeweils klar umrissene Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche. Damit wurde nicht nur der gesetzliche Rahmen für die Berufsausübung geschaffen, sondern auch die Grundlage für eine zukunftsorientierte Kompetenzentwicklung und Professionalisierung der Pflege gelegt. (17)

Parallel zu dieser rechtlichen Entwicklung begann die Akademisierung der Pflege. Mit der Einführung pflegewissenschaftlicher Studiengänge an Fachhochschulen wurde die Ausbildung auf ein akademisches Niveau gehoben. Ziel dieser Entwicklung ist die wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis, die Förderung von evidenzbasiertem Handeln sowie die Stärkung der Pflege in den Bereichen Forschung, Lehre und Management. Diese akademische Verankerung bildet die Basis für erweiterte pflegerische Rollen, wie etwa jene der Community Health Nurse oder Advanced Practice Nurse, die zunehmend Verantwortung in der Primärversorgung übernehmen. (18)

Der aktuelle WHO-Bericht „State of the World’s Nursing 2025“ betont die Schlüsselrolle der Pflege im globalen Gesundheitswesen. Pflegepersonen tragen wesentlich zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Versorgungskontinuität und Patientensicherheit bei. Der Bericht unterstreicht die Notwendigkeit, in Bildung, Arbeitsbedingungen und Führungspositionen zu investieren, um den wachsenden Versorgungsbedarf in der Primär- und Langzeitpflege zu bewältigen. Diese internationalen Empfehlungen spiegeln sich auch in der österreichischen Pflegepolitik wider, insbesondere im Kontext der Primärversorgungseinheiten, in denen multiprofessionelle Zusammenarbeit und pflegerische Expertise zentrale Erfolgsfaktoren darstellen. (18)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Pflege von einer religiös motivierten Hilfstätigkeit zu einem hochqualifizierten, wissenschaftlich fundierten und gesetzlich geregelten Berufsfeld entwickelt hat. Der Pflegeberuf ist heute ein unverzichtbarer Bestandteil eines modernen Gesundheitssystems und steht zunehmend im Zentrum von Reformen, die auf eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte und interprofessionell abgestimmte Versorgung abzielen.

3.2. Aktuelle gesetzliche Grundlagen

Da im Gesundheitssystem verschiedene Professionen nebeneinander bzw. miteinander arbeiten, ist es durch ein komplexes Zusammenspiel gesetzlicher Regelungen geprägt, welche sowohl die Aufgabenverteilung als auch die Organisation der Versorgung bestimmen. Für den Pflegeberuf sind im Grunde genommen das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), sowie das Ärztegesetz (ÄrzteG) von zentraler Bedeutung. Diese Gesetze bilden die rechtliche Grundlage für den Pflegeberuf und skizzieren die rechtlichen Rahmenbedingungen. Somit soll klar gestellt werden welche Kompetenzen der Pflege zugeteilt werden.

3.2.1. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Das GuKG stellt die maßgebliche Gesetzesgrundlage für die Pflegeberufe in Österreich dar. Dabei regelt es nicht nur die Berufsrechte bzw. Berufspflichten, sondern auch die Ausbildung und Berufsausübung sämtlicher Pflegeberufe. Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege, der klar definierte Kompetenzniveaus und Verantwortungsbereiche zugeteilt werden. (17)

Im GuKG wird zwischen drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufen unterschieden: der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegefachassistenz und die Pflegeassistenz. Anhand dieser Dreiteilung kann eine strukturierte Aufgabenverteilung erfolgen und es erlaubt eine abgestufte Verantwortlichkeit innerhalb dieser. Während Pflegeassistent:innen überwiegend unterstützende Tätigkeiten ausführen, verfügen

Pflegefachassistent:innen bereits über erweiterte Kompetenzen, beispielsweise in der Mitwirkung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. (17) Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege umfasst schließlich die eigenverantwortliche Planung, Durchführung, Kontrolle und Evaluation des Pflegeprozesses. (17)

§ 14 GuKG verankert gesetzlich die Eigenverantwortung der Pflegepersonen. Dabei wird die eigenständige Durchführung des Pflegeprozesses unterstrichen, wodurch die Pflege als eigenständige Profession innerhalb des Gesundheitssystems anerkannt wird. Diese Regelung hebt die Pflege von einer rein ärztlich angeleiteten Tätigkeit ab und stärkt ihre Rolle als fachlich kompetenter Partner im interprofessionellen Versorgungsteam. (17)

Auch verbindliche Regelungen zur beruflichen Fort- und Weiterbildung sowie zur Haftung und Schweigepflicht werden im GuKG definiert, was die Verantwortung der Pflegeberufe für Qualitätssicherung betont. Aspekte wie Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten, die im § 15 GuKG beschrieben werden, gewinnen im Kontext der Primärversorgung zunehmend an Bedeutung, da sie die rechtliche Basis für Aufgabenverschiebungen und erweiterte Kompetenzbereiche bilden.

3.2.2. Das Primärversorgungsgesetz (PrimVG)

Das Primärversorgungsgesetz und dazugehörige Novellen wurden geschaffen, um die multiprofessionelle und patientenzentrierte Versorgung in Österreich zu fördern. Es definiert die rechtliche Struktur für Primärversorgungseinheiten, die als organisatorische Zusammenschlüsse verschiedener Gesundheitsberufe dienen. Ziel ist es, eine wohnortnahe, kontinuierliche und integrierte Versorgung sicherzustellen. (19)

Das PrimVG legt in § 2 Abs. 2 fest, dass das Kernteam einer PVE „aus mindestens zwei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und mindestens einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt“. (9) Darüber hinaus können weitere Gesundheitsberufe, wie Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen oder Psycholog:innen, eingebunden werden. (9) Damit wird erstmals gesetzlich festgeschrieben, dass Pflegepersonen nicht nur unterstützende, sondern gleichwertige Partner:innen im interprofessionellen Team darstellen.

Das Gesetz zielt außerdem darauf ab, die sektorübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Pflegepersonen übernehmen hierbei zentrale Aufgaben in der Koordination von Behandlungs- und Betreuungsprozessen, in der Gesundheitsförderung sowie in der Beratung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen. (2,17) Diese gesetzliche Einbindung der Pflege in die Primärversorgung stärkt ihre Position im österreichischen Gesundheitssystem erheblich und bietet zugleich neue Chancen für Kompetenzentwicklung und Spezialisierung.

3.2.3. Das Ärztegesetz (ÄrzteG)

Das Ärztegesetz regelt die Berufsausübung der Ärzte und Ärztinnen und ist für die Pflege insofern relevant, als es die Grenzen und Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit bestimmt. Gemäß ÄrzteG dürfen bestimmte medizinische Tätigkeiten, etwa Diagnosestellung, Verschreibung von Medikamenten oder invasive Eingriffe, ausschließlich von Ärzten und Ärztinnen vorgenommen werden. Gleichzeitig erlaubt das Gesetz die Delegation bestimmter Aufgaben an qualifizierte Pflegepersonen, sofern diese über die entsprechende Ausbildung verfügen und die Durchführung ärztlich angeordnet wurde. (20)

In der Praxis ist diese Schnittstellenregelung besonders für die interprofessionelle Zusammenarbeit in PVE relevant. Eine klare rechtliche Abgrenzung verhindert Kompetenzüberschneidungen und sichert die Qualität der Versorgung. Zugleich eröffnet sie Handlungsspielräume, in denen Pflegepersonen eigenverantwortlich tätig werden können, etwa im Rahmen des Pflegeprozesses, der Patient:innenberatung oder der Durchführung präventiver Maßnahmen. (17,20)

3.2.4. Bedeutung für die Pflegepraxis

Die genannten gesetzlichen Grundlagen schaffen die Rahmenbedingungen, um Pflegepersonen als wesentliche Akteure im österreichischen Gesundheitssystem zu positionieren. Sie ermöglichen eine rechtlich abgesicherte und erweiterte Berufsausübung, die sich an modernen Konzepten wie evidenzbasierter Pflege, interprofessioneller Zusammenarbeit und patientenzentrierter Versorgung orientiert.

Gleichzeitig zeigen sich Herausforderungen: Die gesetzlich festgelegte Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Ärztinnen und Pflegepersonen begrenzt nach wie vor den Handlungsspielraum der Pflege, insbesondere im Bereich der Diagnostik und Verschreibung. Dennoch eröffnet das Zusammenspiel von GuKG, PrimVG und ÄrzteG zunehmend die Möglichkeit, dass Pflegepersonen mehr Verantwortung übernehmen können. Dies entspricht auch den Empfehlungen der World Health Organisation, die eine Stärkung der pflegerischen Rollen und eine gesetzliche Anpassung an erweiterte Kompetenzen fordert, um den wachsenden Versorgungsbedarf nachhaltig zu decken. (18)

3.3. Berufsgruppen und Qualifikationsstufen

Im österreichischen Gesundheitssystem wird der Pflegeberuf in drei Qualifikationsstufen gegliedert, welche sich in Ausbildung, Verantwortungsbereiche und Aufgabenprofil unterscheiden. Somit wird eine klare Aufgabenverteilung definiert und eine abgestufte Professionalität innerhalb der Pflegeberufe geschaffen. In diesem Kapitel werden die

Unterschiede der Berufsbilder Pflegeassistent (PA), Pflegefachassistent (PFA) und der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege skizziert.

3.3.1. Pflegeassistent (PA)

Die PA stellt die erste Stufe in der Pflegeausbildung dar. Personen in diesem Berufsbild absolvieren eine kurze Ausbildungszeit: 1 Jahr bei Vollzeit oder 2 Jahre bei Teilzeit. Im Rahmen der Ausbildung sammeln die Absolvent:innen 1.600 Stunden an Erfahrung in Theorie und Praxis. In der Praktischen Ausbildung werden die Grundlagen in den Bereichen Pflege, Therapie und medizinischer Diagnostik vermittelt. (21)

Gemäß GuKG liegt die Rolle der PA vor allem bei der Unterstützung alltäglicher Pflegeprozesse und der Mitarbeit im Team unter Aufsicht höher qualifizierter Pflegepersonen oder Ärzten und Ärztinnen. (17)

3.3.2. Pflegefachassistent (PFA)

Im Rahmen der Dreigliederung durch die GuK-Novelle 2016 wurde das Berufsbild der PFA als mittlere Qualifikationsstufe, die zwischen der PA und DGKP angesiedelt ist, geschaffen. (22)

Die Ausbildung der PFA dauert 2 Jahre bei Vollzeit, 3 Jahre bei Teilzeit und baut auf der den Grundlagen der Pflegeassistenten ausbildung auf. (22) PFA verfügen über eine erweiterte Ausbildung und Kompetenzen, was ihnen ermöglicht Aufgaben zu übernehmen, die über rein unterstützende Tätigkeiten hinausgehen. Sie wirken mit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, übernehmen organisatorische Aufgaben und können in bestimmten Fällen Anleitung von Pflegeassistenten übernehmen. (17)

3.3.3. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)/ gehobener Dienst

Die höchste Ausbildungsstufe im Pflegebereich bildet die DGKP, auch als gehobener Dienst bezeichnet. Ein dreijähriges Studium an einer Fachhochschule mit Bachelorabschluss ist dabei die Voraussetzung. (21)

Die Ausbildung zur DGKP befähigt anschließend zur Übernahme komplexer pflegerischer Aufgaben, zur Mitarbeit in interprofessionellen Teams sowie zur Mitgestaltung der Versorgung. Um eine hochqualitative pflegerische Versorgung gewährleisten zu können, werden im GuKG auch verpflichtend Fortbildungen geregelt. (17)

Gemäß GuKG ist diese Qualifikation unter anderem auch Voraussetzung für Spezial-, Führungs- und Lehraufgaben. (17)

3.3.4. Bedeutung für die Primärversorgung

Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege nimmt innerhalb von PVE eine tragende Rolle ein. Gemäß GuKG ist sie für die eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluation

pflegerischer Maßnahmen sowie für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Diese Kompetenzen bilden die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung im multiprofessionellen Team der Primärversorgung. (17)

Im Rahmen der PVE übernimmt die DGKP zentrale Aufgaben im Bereich Gesundheitsberatung, Fallmanagement und Betreuung chronisch erkrankter Patient:innen. Außerdem wirkt sie an Präventions- und Aufklärungsprogrammen mit und trägt dadurch zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung bei. Dies hilft dabei eine wohnortnahe, umfassende und integrierte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. (17)

Die Wichtigkeit der DGKP im Bereich der Primärversorgung unterstreicht ebenso der „WHO State of the World’s Nursing Report (2025)“. Besonders hier sorgt das Berufsbild für eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung, sowohl in der Patientenversorgung als auch als Lotsenfunktion zur Patient:innenorientierung. (18)

Insgesamt zeigt sich, dass die diplomierte Pflege im österreichischen Primärversorgungssystem nicht nur unterstützend tätig ist, sondern eine eigenständige und verantwortungsvolle Schlüsselrolle einnimmt, die für die erfolgreiche Umsetzung des multiprofessionellen Versorgungsmodells unverzichtbar ist.

3.4. Aufgaben und Kompetenzprofile der Pflege in der Primärversorgung

Besonders in PVE übernehmen Pflegepersonen eine Schlüsselrolle, die weit über die klassische pflegerische Patientenbetreuung hinausgeht. Dabei stellen sie wesentlich die hochqualitative, wohnortnahe, patientenorientierte Versorgung in der Primärversorgung sicher. Nicht nur durch ihre pflegerischen, sondern auch durch ihre kommunikativen und organisatorischen Kompetenzen agieren sie als verbindendes Element zwischen medizinischer, therapeutischer und sozialer Betreuung. (23)

Im Alltag vereinen sich die pflegerischen Aufgaben mit unterschiedlichen Kompetenzen. Die fachliche pflegerische Kompetenz ermöglicht es Pflegepersonen eigenverantwortlich Gesundheitszustände von Patient:innen zu beurteilen, Pflegebedarfe zu erkennen und daraufhin pflegerische Maßnahmen zu setzen. (17) Dabei übernehmen die Pflegepersonen über den gesamten Pflegeprozess, von Anamnese bis zur Evaluation, Eigenverantwortung und leisten damit einen sehr wichtigen Beitrag zur Früherkennung und Prävention von Erkrankungen. (17,23) Mithilfe dieser Kompetenzen können Pflegepersonen Prävention, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung gezielt fördern.

Neben der fachlichen Kompetenz ist die Beratungs- bzw Kommunikationskompetenz ebenso von großer Bedeutung. Dies ermöglicht verständlich über Gesundheitsrisiken, Therapien und pflegerische Maßnahmen zu informieren. Dadurch wird die Grundlage für gesundheitsfördernde Gespräche, Patientenedukation und die Förderung von Selbstmanagement bei chronisch kranken Personen gebildet. (2,18,23)

Um die Lotsenfunktion in der Primärversorgung einnehmen zu können, liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der Koordinations- und Organisationskompetenz. Wie in anderen Teilen dieser Arbeit schon beschrieben agieren Pflegepersonen unter anderem als Bindeglied zwischen verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitssystems. So steuern sie Versorgungsprozesse, planen Überleitungen zwischen ambulanter, stationärer und häuslicher Betreuung und stellen den Informationsfluss zwischen den einzelnen Professionen sicher. (17)

Im GuKG wird auch auf die Kompetenz im multiprofessionellen Versorgungsteam eingegangen, was vor allem beim interprofessionellen Zusammenarbeiten in PVE eine Kernaufgabe darstellt. (17) In diesem Setting arbeiten Pflegepersonen stark mit anderen Berufsbildern, wie Ärzten und Ärztinnen, Therapeut:innen oder Sozialarbeiter:innen zusammen und bringen dabei ihre pflegerische Perspektive und Expertise in die gemeinsame Behandlungsplanung ein. Die gute interprofessionelle Zusammenarbeit ist entscheidend um Patient:innen ganzheitlich zu versorgen und Ressourcen im Team optimal nutzen zu können. (23) Die WHO beschreibt, dass durch eine starke pflegerische Präsenz in Primärversorgungseinheiten die Behandlungsqualität steigt, die Versorgung effizienter wird und Ärzten und Ärztinnen entlastet werden. (18)

Neben diesen zentralen Aufgaben gewinnt auch die Entwicklung erweiterter pflegerischen Rollen zunehmend an Bedeutung. Konzepte wie Advanced Practice Nursing erweitern das bestehende Kompetenzprofil der DGKP, da Advanced Practice Nurses über zusätzliche, auf Master-Niveau erworbene Kompetenzen in den Bereichen klinische Entscheidungsfindung, Diagnostik, Therapie und evidenzbasierte Praxis verfügen. (24) Dieses Modell wird unter anderem von der OECD als wichtige Zukunftsstrategie für die Stärkung der Primärversorgung empfohlen, da sie Versorgungslücken schließen und neue Kompetenzbereiche für Pflegepersonen schaffen. (25)

Insgesamt zeigt sich, dass der Pflegeberuf in der Primärversorgung ein komplexes und vielseitiges Kompetenzspektrum abdeckt, das fachliche, kommunikative, organisatorische und interprofessionelle Aspekte vereint. Im Laufe der Zeit hat sich das Berufsbild von einer rein ausführenden zu einer gestaltenden Profession im Gesundheitssystem entwickelt. Die Vereinigung dieser Kompetenzen und Aufgabenfelder macht sie zu einer unverzichtbaren Säule und trägt zu einem sehr großen Teil dazu bei, dass die Primärversorgung das Rückgrat unseres Gesundheitssystem sein kann.

3.5. Internationale Perspektiven auf die Rolle der Pflege in der Primärversorgung

In vielen Ländern wird der Rolle der Pflegefachpersonen in der Primärversorgung eine zunehmende gewichtige Bedeutung beigemessen. Internationale Studien zeigen, dass gut ausgebildete Pflegekräfte nicht nur unterstützend, sondern auch eigenverantwortlich neue Aufgaben in der Erstversorgung, Prävention und Koordination übernehmen können. Kilpatrick et al. analysiert den globalen Trend, Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen auszustatten und sogenannte *Advanced Practice Nurses* (APN) auszubilden. Es zeigt sich, dass der Einsatz von APN in der Primärversorgung bereits in vielen Ländern weltweit, zumeist noch sehr heterogen, forciert wird, häufig mit positiven Effekten auf Qualität, Kontinuität und Versorgung der Patient:innen. (26) Der OECD-Bericht „Advanced Practice Nursing in Primary Care in OECD Countries: Recent Developments and Persisting Implementation Challenges“ hebt hervor, dass insbesondere in Ländern mit einem Mangel an Hausärzten und Hausärztinnen, wachsender Zahl chronisch erkrankter und älter werdender Menschen, Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen (APN) einen entscheidenden Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken leisten können. (25)

In Australien und Kanada übernehmen sogenannte *Nurse Practitioners* (NP), die zum Berufsbild der APN zählen, eigenverantwortlich diagnostische und therapeutische Aufgaben in der Primärversorgung. Nach Angaben des OECD-Berichts tragen sie damit wesentlich dazu bei, den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu verbessern, Wartezeiten zu verkürzen und eine kontinuierliche, patientenorientierte Betreuung sicherzustellen, ohne dass sich dabei Unterschiede in der Behandlungsqualität im Vergleich zur ärztlichen Versorgung zeigen. (25) Solch eine Entwicklung ist jedoch nur möglich, wenn es zu einer systematischen Förderung von Bildung, Finanzierung, Anerkennung und Autonomie in den Ländern kommt. (25,26)

Für Österreich bieten diese internationalen Erfahrungen wertvolle Anregungen: Während hierzulande die Aufgabenbereiche der Pflege noch klar abgegrenzt sind, zeigt der internationale Vergleich, wie flexibel und wirkungsvoll Pflegefachpersonen eingesetzt werden können, um Gesundheitssysteme zu entlasten und eine wohnortnahe Versorgung zu stärken. Besonders im Hinblick auf Ausbildungswege, Kompetenzprofile und rechtliche Rahmenbedingungen kann Österreich von den Beispielen anderer Länder profitieren. Insgesamt wird deutlich, dass Pflegefachpersonen in der Primärversorgung nicht nur unterstützend, sondern auch gestaltend wirken können – vorausgesetzt, ihre Rolle wird durch entsprechende Ausbildung, rechtliche Verankerung und interprofessionelle Anerkennung weiterentwickelt. Internationale Modelle bieten dafür wertvolle Orientierung und zeigen, wo in Österreich noch Entwicklungspotenzial besteht.

3.6. Die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) in der Primärversorgung

Aufgrund der bereits beschriebenen Herausforderungen im Gesundheitssystem, wie alternde Bevölkerung, Ärzte- und Ärztinnenmangel, Bedarf an kontinuierlicher und wohnortnaher Versorgung, rücken neue Rollenmodelle in der Pflege weltweit immer mehr in den Fokus. Daher wird das Konzept der APN oft als zentrale Antwort auf diese Herausforderungen gesehen. Auch in Österreich wird diskutiert, wie sich dieses Modell in die bestehenden Strukturen implementieren lässt, um die Primärversorgung nachhaltig zu stärken. Zurzeit befindet sich APN noch in der Entwicklung und die rechtliche Verankerung ist uneinheitlich bzw. in Diskussion. (27)

3.6.1. Definition und theoretische Grundlagen

Laut dem International Council of Nurses (ICN) ist eine APN eine diplomierte Pflegeperson mit einem Master-Abschluss oder höher, die über vertiefte klinische Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit und erweiterte Verantwortung verfügen. Es gibt derzeit noch kein einheitliches Verständnis darüber welche Rollen die APN übernimmt. Dies führt dazu, dass die Kompetenzen je nach Land unterschiedlich ausgestaltet sind. Es gibt jedoch 4 Kernprinzipien, die laut ICN definiert werden: (24)

- Erweiterte klinische Kompetenz
- Führungsverantwortung
- Forschung und Lehre
- Ethisches Handeln

Das ANP-Rahmenkonzept versucht für Österreich die internationalen Definitionen für den nationalen Kontext zu konkretisieren. APN verstehen sich als autonom, interprofessionell, evidenzbasiert, patienten- und systemorientiert handelnde Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitssystems. Ziel ist dabei die Optimierung der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der Primärversorgung, durch erweiterte und vertiefte pflegerische Kompetenzen. (27)

3.6.2. Internationale Unterschiede im Kompetenzumfang der APN

Figure 1. Scope of advanced roles of nurses in primary care in OECD countries (by independence of practice and expansion of scope in last 3 years)

Country	Prescribe medicines	Order diagnostic tests	Decide on treatment	Refer patients to others	Manage any condition	Manage chronic conditions	Provide tele-consults	Provide mobile outreach (1)	Administer COVID tests	Administer COVID vaccines
Australia	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Ability expanded in last 3 yrs.	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Austria	No ability	No ability	No ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent
Canada	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Czechia	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	No ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent
Estonia	Independent ability	Independent ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Finland	Independent ability	Independent ability	No ability	Independent ability	No ability	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
France	Independent ability	Independent ability	No ability	No ability	Ability but not independent	Independent ability	No ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Iceland	Independent ability	Independent ability	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Israel	Independent ability	Independent ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Lithuania	Independent ability	Independent ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Luxembourg	No ability	Ability but not independent	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	Ability but not independent	Independent ability	Ability but not independent
Netherlands	No ability	No ability	No ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	No ability
Norway	Independent ability	Independent ability	Ability but not independent	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Poland	Independent ability	Independent ability	No ability	No ability	No ability	No ability	No ability	No ability	No ability	No ability
Portugal	No ability	No ability	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	Independent ability	Independent ability
Slovak Republic	No ability	Independent ability	No ability	No ability	Ability but not independent	No ability	No ability	Independent ability	Independent ability	Ability but not independent
Spain	Independent ability	Ability but not independent	No ability	No ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
Switzerland	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	Ability but not independent	No ability	Independent ability	Independent ability
United Kingdom	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability
United States	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability	Independent ability

Independent ability
 Ability but not independent
 No ability
 Ability expanded in last 3 yrs.
 Ability did not expand in last 3 yrs.

Abbildung 5: jeweilige Kompetenzprofile von APN in unterschiedlichen Staaten (25)

Wie bereits erwähnt ist die Rolle in Bezug auf Autonomie, rechtliche Rahmenbedingungen und Handlungskompetenzen international nicht einheitlich definiert. Die obige Grafik veranschaulicht in welchen Ländern APN über eigenverantwortliche Befugnisse verfügen, welche Tätigkeiten nur eingeschränkt erlaubt sind und wo eine Ausweitung des Kompetenzumfangs in den letzten 3 Jahren erfolgt ist.

Zentral dargestellt ist, in welchen Ländern eine große klinische Autonomie besteht. Während in Ländern wie Australien, dem Vereinigten Königreich, USA, Island oder Estland eine hohe Unabhängigkeit der APN besteht, zeigen Länder wie Österreich, Luxemburg oder Portugal ein relativ restriktives Kompetenzprofil. Dort ist die Ausübung erweiterter klinischer Tätigkeiten sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich.

Besonders deutlich wird die Divergenz bei Aufgaben wie Verschreibung von Medikamenten, Entscheidungen über Behandlungen oder Überweisungen an andere Professionen. Länder, welche bereits gut etablierte APN-Strukturen aufweisen, ermöglichen in gewissen Bereichen eine vollständige Autonomie. In Staaten, in welchen die Strukturen erst Schritt für Schritt aufgebaut werden, weisen diese Kompetenzen meist ärztlicher Verantwortung zu und erlauben es, wenn überhaupt, nur im Rahmen eines delegierten Modells.

Die Abbildung und die Unterschiede in den Kompetenzzuteilungen veranschaulichen sehr deutlich welches Potenzial für Österreich möglich ist, wenn der Ausbau erweiterter

Pflegekompetenzen forciert wird. Dies würde sowohl die ärztlichen Ressourcen entlasten als auch die Versorgungsqualität bzw. Kontinuität sichern. (24)

3.6.3. Aufgaben und Kompetenzbereiche

Die APN übernimmt Aufgaben, welche über die traditionelle pflegerische Tätigkeit hinausgehen. Laut ICN umfassen diese Aufgaben unter anderem:

3.6.3.1. Direkte klinische Aufgaben

APN führen dabei umfassende Assessments durch, wie z.B. Erhebung komplexer Anamnesen, körperliche Untersuchungen, Interpretation von diagnostischen Untersuchungen oder klinisches Urteilen und Priorisieren. In vielen Ländern sind APN befugt diagnostische Tests anzufordern bzw. zu verordnen, Behandlungspläne anzupassen oder gewisse Medikamente und Therapien zu verschreiben. (24)

3.6.3.2. Aufgaben in der Patient:innenbetreuung & Gesundheitsförderung

APN fördern die Patient:innenedukation und helfen ihnen dabei am eigenen Gesundheitsmanagement mitwirken zu können. Gleichzeitig erkennen sie frühzeitig Risikofaktoren, führen Screenings durch und helfen bei der Prävention, um Erkrankungen vorzubeugen und deren Verlauf ins Positive zu beeinflussen. (24)

3.6.3.3. Interprofessionelle Zusammenarbeit

APN werden häufig bei komplexeren Fällen als Expert:innen hinzugezogen. Sie beraten Kolleg:innen anderer Gesundheitsberufe fachlich und bringen so ihre Expertise in multiprofessionellen Teams ein. Sie wirken dabei jedoch nicht nur als Berater:in, sondern nehmen mit Hilfe ihrer Kompetenzen eine führende Rolle ein. Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit helfen sie auch bei der Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitssektoren. Somit stellen sie sicher, dass Patient:innen kontinuierlich und gut organisiert betreut werden, was die Versorgungsqualität aller Patient:innen erheblich verbessert. (24)

3.6.3.4. Case Management

Patient:innen im Dschungel Gesundheitssystem über längere Zeiträume zu begleiten, Verläufe zu überwachen und nötige Schritte im Versorgungssystem zu koordinieren stellt eine weitere wichtige Kompetenz dar, um eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. (24)

3.6.3.5. Forschung und evidenzbasierte Arbeit

APN nutzen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, um die Versorgung zu verbessern. Sie beteiligen sich an Forschungsarbeiten und setzen die daraus gewonnen Erkenntnisse in die Praxis um. (24)

In Österreich, so betont das ANP-Rahmenkonzept, sollen die APN als Bindeglied zwischen Medizin, Pflege und öffentlichen Gesundheitswesen dienen und so die Versorgungslücke schließen. (27)

3.6.4. Vorteile von APN gegenüber herkömmlichen DGKP

Verglichen mit der DGKP verfügen APN über ein deutlich erweitertes Kompetenzprofil. Gemäß GuKG können DGKP lediglich den pflegerischen Prozess eigenverantwortlich gestalten, bei diagnostischen und therapeutischen Bereichen haben sie nur begrenzte Befugnisse. Wie bereits erwähnt können APN, je nach Land, eigenständige klinische Entscheidungen treffen, Behandlungen durchführen oder diagnostische Maßnahmen setzen. (25)

Durch diese erweiterten Kompetenzen kann nicht nur die Versorgungskapazität in der Primärversorgung erhöht werden, sondern auch eine kontinuierliche und intensivere Betreuung von Patient:innen gewährleistet werden. Internationale Studien zeigen ebenfalls, dass APN bei chronischen Erkrankungen zu einem verbesserten Gesundheitsoutcome beitragen können. (28)

Darüber hinaus stärken APN die Professionalisierung der Pflege, indem sie evidenzbasiert wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis integrieren, Handlungen reflektieren und aktiv zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen beitragen. (27)

3.6.5. Aktuelle Situation in Österreich

Schaut man auf Österreich befindet sich APN bislang noch in einer frühen Entwicklungsphase. Es existiert noch keine gesetzliche Verankerung, wodurch erweiterte Pflegekompetenzen derzeit nur in Pilotprojekten umgesetzt werden können. (27)

Das ANP-Rahmenkonzept versucht für Österreich Aufgaben, Kompetenzen und Qualifikationsanforderungen für zukünftige APN zu definieren, was ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist. Besonders in PVE wird die Rolle der APN in Zukunft als eine vielversprechende Perspektive gesehen.

3.6.6. Internationale Perspektive

Im Folgenden werde ich die APN-Rollen, Herausforderungen und Erfahrungen in Australien und dem Vereinigten Königreich beschreiben, um darzustellen wie eine Implementierung von APN in Österreich ausschauen könnte.

3.6.6.1. Australien

Australien übernimmt international im Bereich von APN eine Vorreiterrolle. Dort leisten APN einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten mit sehr begrenztem Zugang zu ärztlichen Leistungen. Im Gegensatz zu Österreich verfügen sie laut OECD über einen gesetzlich verankerten erweiterten Kompetenzrahmen. Der ermöglicht ihnen die Durchführung umfassender klinischer Assessments, Treffen von eigenständigen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen, Verordnung von Medikamenten und vieles mehr (vgl. Abbildung 5). Nebenbei gibt es in Australien die Möglichkeit als APN in autonomen nurse-led-clinics zu arbeiten, welche vor allem auf die Betreuung chronisch kranker oder besonders vulnerabler Gruppen ausgerichtet sind. (25)

Trotzdem sehen sich APN immer wieder mit strukturellen Herausforderungen konfrontiert. Variierende Rollenbezeichnungen und Zuständigkeiten, begrenzte institutionelle Unterstützung und hohe Arbeitsbelastungen stellen die APN immer wieder vor Herausforderungen. (29)

Somit zeigt sich laut Erfahrungen australischer APN ein ambivalentes Bild. Einerseits berichten sie von einem hohen Maß an beruflicher Autonomie und positiven Patient:innenoutcomes. Andererseits werden die Arbeitsbelastung, noch immer fehlende strukturelle Einbindung und teilweise eingeschränkte Anerkennung durch andere Berufsgruppen als belastend beschrieben. Im Großen und Ganzen verdeutlicht der australische Ansatz jedoch, dass APN maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, beitragen können und eine wichtige Rolle in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, was unabwendbar ist, einnehmen können.(30)

3.6.6.2. Vereinigtes Königreich

Die Einführung der APN im Vereinigten Königreich begann bereits in den 1970ern und hat sich seit dem zu einem zentralen Bestandteil des Gesundheitssystems entwickelt und gilt somit auch als Modell für viele andere Länder. Gründe für die Einführung waren schon damals das Ziel die Versorgungsqualität zu verbessern, Versorgungslücken zu schließen und die ärztliche Arbeitslast zu reduzieren. (31)

APN übernehmen vielfältige Aufgaben, die von der klinischen Diagnostik und Behandlung über Verschreibung von Medikamenten bis hin zu Case-Managements chronischer Erkrankungen reichen. (25)

Studien zeigen, dass APN in Großbritannien zu einer Steigerung der Versorgungsqualität und einer höheren Patient:innenzufriedenheit beitragen und gleichzeitig Ärzte und Ärztinnen bei Routine- und chronischen Fällen stark entlasten. Gleichzeitig bestehen jedoch auch ähnliche Probleme wie in Australien. APN berichten über unklare Rollenverteilung, starre Hierarchie und

strukturelle Unklarheiten. Nebenbei zweifeln Ärzte und Ärztinnen an der finanziellen Wirtschaftlichkeit, da APN keine direkten finanziellen Einnahmen generieren. (32)

Insgesamt zeigt sich, dass APNs im Vereinigten Königreich wesentlich zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems beitragen. Ihre Rolle stärkt die Versorgungsqualität, fördert evidenzbasierte Praxis und erhöht die berufliche Autonomie von Pflegefachpersonen. Um die Position weiter zu festigen, sind jedoch einheitliche Regulierungen und klare Rollenverteilungen erforderlich, um die langfristige Nachhaltigkeit der APN-Praxis sicherzustellen.

3.6.6.3. Schlussfolgerung

Der Blick nach Australien und in das Vereinigte Königreich zeigt, dass Advanced Practice Nurses (APN) einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung leisten können, besonders dort, wo Versorgungslücken bestehen oder ärztliche Ressourcen begrenzt sind. Beide Länder verdeutlichen, dass APN vor allem dann wirksam eingesetzt werden, wenn ihre Kompetenzen klar definiert und rechtlich abgesichert sind. Dadurch entsteht nicht nur mehr Handlungsspielraum, sondern auch ein Rahmen, der Sicherheit für alle beteiligten Berufsgruppen schafft.

Gleichzeitig wird sichtbar, dass selbst gut etablierte Systeme vor ähnlichen Herausforderungen stehen: unklare Rollenbilder, hierarchische Strukturen, unterschiedliche Berufsbezeichnungen und wirtschaftliche Bedenken. Diese Problempunkte sind nicht auf Australien oder das Vereinigte Königreich beschränkt, vielmehr zeigen sie, dass die Umsetzung neuer Rollen immer ein gewisses Maß an Anpassung und Strukturentwicklung erfordert.

Für Österreich lässt sich daraus ableiten, dass die Einführung und Stärkung von APN-Rollen nur dann nachhaltig gelingen kann, wenn von Beginn an klare rechtliche Grundlagen, definierte Verantwortungsbereiche und eine solide organisatorische Einbettung geschaffen werden. Die internationalen Erfahrungen machen deutlich, dass APN dort am meisten bewirken, wo sie als eigenständige professionelle Rolle anerkannt und entsprechend unterstützt werden. Österreich steht somit die Chance offen, aus den langjährigen Entwicklungen anderer Länder zu lernen und die Rolle der APN gezielt so zu gestalten, dass sie einen echten Mehrwert für Patient:innen, das Gesundheitssystem und die Pflegeprofession schafft.

4. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung

4.1. Definition und theoretische Grundlage interprofessioneller Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen zentralen Pfeiler in der heutigen Gesundheitsversorgung dar, mithilfe dieser eine patientenorientierte, moderne und qualitativ hochwertige Betreuung von Patient:innen sichergestellt werden kann. Sie beschreibt ein partnerschaftlich koordiniertes und zielgerichtetes Zusammenarbeiten vieler verschiedener Gesundheitsberufe, die gemeinsam Verantwortung für die Behandlung und Betreuung eines oder einer Patient:in übernehmen. Die WHO definiert interprofessionelle Zusammenarbeit als einen Prozess, bei dem

„multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care“. (33)

Grundlage ist laut WHO das Konzept der interprofessionellen Ausbildung, bei der Studierende über, von und miteinander lernen, um effektive Teamarbeit und kollaboratives Arbeiten zu ermöglichen. (33)

Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit wird als Grundlage für eine effektive Versorgung angesehen. Ausgangspunkt, laut Ewers, für diese Erkenntnis sei, dass keine Profession oder Institution alleine eine adäquate Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie eine alternde Gesellschaft oder steigende Zahlen chronisch erkrankter Patient:innen, habe. (34)

Im Kontext der österreichischen Primärversorgung erhält dieses Konzept eine besondere Bedeutung. Durch die in den Primärversorgungseinheiten (PVE) gesetzlich vorgeschriebene multiprofessionelle Zusammensetzung wird interprofessionelle Zusammenarbeit strukturell verankert. (9) Die Zielsetzung besteht darin, die Komplexität individueller Gesundheitsbedürfnisse durch ein koordiniertes Handeln verschiedener Berufsgruppen besser zu bewältigen und gleichzeitig eine kontinuierliche, patientenzentrierte Versorgung sicherzustellen.

4.2. Begriffserklärung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Wie bereits erwähnt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit die Grundlage für eine gute teambasierte Primärversorgung. Anschließend werden kurz die verschiedenen Begriffe der professionellen Zusammenarbeit erklärt.

4.2.1. Transprofessionelle Zusammenarbeit

Bei der transprofessionellen Zusammenarbeit lösen sich traditionelle Kompetenzgrenzen zwischen den Berufsgruppen zunehmend auf, sodass Fachpersonen Aufgaben und Fertigkeiten übernehmen, die über ihr ursprüngliches Tätigkeitsfeld hinausgehen. (12)

4.2.2. Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Bei multiprofessioneller Zusammenarbeit agieren verschiedene Berufsgruppen parallel zueinander, jedoch ohne enge Abstimmung oder gemeinsame Entscheidungsprozesse. (12)

4.2.3. Intraprofessionelle Zusammenarbeit

Dies beschreibt lediglich die Kooperation innerhalb einer Berufsgruppe. (12)

4.2.4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Häufig werden die Begriffe interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit fälschlich gleichgesetzt. Bei Interdisziplinarität steht jedoch die Verbindung verschiedener wissenschaftlicher oder medizinischer Fachrichtungen im Vordergrund. (12)

4.2.5. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit beschreibt ein koordiniertes Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen, bei dem deren jeweils spezifische Kompetenzen sinnvoll aufeinander bezogen werden, sodass im gemeinsamen Handeln ein zusätzlicher Nutzen entsteht. (12)

4.3. Erfolgsfaktoren und Barrieren interprofessioneller Zusammenarbeit

Obwohl die interprofessionelle Zusammenarbeit international als unumgänglich und als entscheidender Faktor angesehen wird, zeigt sich in der Praxis, dass interprofessionelle Kooperation in Gesundheitseinrichtungen oftmals durch strukturelle, organisationale und kulturelle Barrieren erschwert wird. Daher werden im folgenden Kapitel sowohl Erfolgsfaktoren als auch Hindernisse identifiziert, die bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden müssen.

4.3.1. Erfolgsfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Literatur nennt eine Vielzahl von Faktoren, welche bei der interprofessionellen Zusammenarbeit helfen.

Die WHO betont in ihrem „Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice“ wie wichtig die interprofessionelle Bildung als Grundlage für eine erfolgreiche „collaborative practice-ready“ Gesundheitsbelegschaft ist. Nur, wenn in der Ausbildung schon von, über und miteinander zwischen zwei oder mehr Gesundheitsberufen gelernt wird, kann zukünftig effektiv in multiprofessionellen Teams interprofessionell zusammengearbeitet werden. Dabei soll interprofessionelles Lernen nicht isoliert gesehen werden, sondern muss curricular verankert sein, ausreichend finanziell unterstützt werden, auf klaren Lernzielen definiert sein und von qualifizierten Lehrkräften gelehrt werden. (33)

In der Literatur wird die Bedeutung gemeinsamer Zielorientierung und geteilter Werte unterstrichen. Interprofessionelles Arbeiten gelingt nur dann besonders gut, wenn alle beteiligten Gesundheitsberufe ein gemeinsames Ziel für die Patient:innen verfolgen und mit einer Sprache sprechen. Dies bildet die Grundlage für ein kohärentes Handeln über Berufsgrenzen hinweg. (34)

Ein weiterer wichtiger Faktor, der bereits angeschnitten wurde, liegt in der klaren Rollen- und Aufgabenverteilung. Schot, Tummers und Noordegraaf nennen diese Kategorie „Negotiate overlaps“. Interprofessionelles Arbeiten führt zwangsläufig dazu, dass Aufgaben nicht mehr klar voneinander getrennt sind und es so zu Überlappungen von Kompetenzbereichen kommt. Diese Unklarheiten führen oft zu Konflikten und Ineffizienzen. Klare Rollenverteilungen fördern hingegen Vertrauen, erleichtern den informativen Austausch und verhindern Kompetenzüberschneidungen. Dabei ist es wichtig, dass Kompetenzen nicht hierarchisch, sondern komplementär verstanden werden. (35)

4.3.2. Barrieren interprofessioneller Zusammenarbeit

Neben den soeben genannten Erfolgsfaktoren gibt es auch Hindernisse, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erschweren.

Individuelle Barrieren zeigen sich häufig darin, dass das Verständnis für die Aufgaben und Verantwortlichkeiten anderer Berufsgruppen fehlt oder unzureichend ausgeprägt ist. Wenn die jeweiligen Kompetenzen und Arbeitsweisen nicht bekannt sind, kann dies leicht zu Missverständnissen und Spannungen im Team führen. Ebenso tragen stereotype Vorstellungen, etwa die Annahme, eine bestimmte Berufsgruppe sei hierarchisch übergeordnet, dazu bei, dass die Zusammenarbeit erschwert wird. Solche Wahrnehmungen behindern den offenen

Austausch, mindern das Vertrauen untereinander und können den Zusammenhalt im Team nachhaltig beeinträchtigen. (36)

Auch in besonders stark hierarchisch geprägten Systemen, wie unser Gesundheitssystem eines ist, fällt es anderen Berufsgruppen oft schwer ihre Expertise gleichberechtigt in den Diskurs einzubringen. Dies führt zu Unsicherheiten, Abgrenzungstendenzen mit einem eingeschränkten Informationsfluss, was die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert und in weiterer Folge eine qualitativ hochwertige Patient:innenbetreuung verhindert. (34)

Rawlinson et al. zeigen vor allem, dass fehlende bzw. instabile Finanzierungsmodelle, unzureichende Vergütungsstrukturen und begrenzte politische Unterstützung große Barrieren für die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellen. Ohne verlässliche finanzielle und gesetzliche Rahmenbedingungen können IPC-Modelle weder implementiert noch weiterentwickelt werden. (37)

Neben den eben aufgezählten Barrieren kommen noch Zeitmangel, Personalknappheit, unklare Zuständigkeiten sowie unzureichende Kommunikations- bzw. IT-Strukturen hinzu. Dies beeinträchtigt die Koordination laut Rawlinson et al. beträchtlich. (37)

4.4. Rolle der Pflege im multiprofessionellen Team

Pflegepersonen nehmen im multiprofessionellen Team eine zentrale und gestaltende Rolle ein. Mithilfe ihres Kompetenzspektrums tragen sie wesentlich zur Sicherstellung einer kontinuierlichen und patientenzentrierten Versorgung von Patient:innen in der Primärversorgung bei. Dabei hat sich der Pflegeberuf in den vergangenen Jahren von einer rein assistierenden zu einer eigenständigen Profession hin entwickelt. Dies würde unter anderem auch eine Erweiterung des Kompetenzspektrums, zum Beispiel bei APN, in Zukunft noch fördern. (2,18)

Im Rahmen der PVE spielen Pflegepersonen eine wichtige Rolle als zentrale Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen. Diese vermittelnde Rolle ist besonders wichtig, da so die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen sichergestellt und somit eine koordinierte Versorgung der Patient:innen ermöglicht wird. (17)

Im Bereich der PVE nehmen Pflegepersonen in multiprofessionellen Teams eine Koordinations- und Lotsenfunktion ein. Dabei werden für Patient:innen Behandlungen über Sektorengrenzen hinweg organisiert und darauf geachtet, dass Patient:innen über den gesamten Versorgungspfad hinweg betreut werden. Dies hilft dabei Versorgungslücken zu schließen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. (18)

Pflegepersonen übernehmen im multiprofessionellen Team einen zentralen Aufgabenbereich im Feld der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz. Sie beraten, begleiten

und schulen Patientinnen, Patienten und deren Angehörige umfassend und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung des Selbstmanagements. Dazu gehört sowohl die Förderung gesundheitsrelevanter Lebensstilveränderungen als auch das frühzeitige Erkennen von Präventionsbedarfen. Pflegepersonen stärken die individuelle Gesundheitskompetenz, indem sie Informationen verständlich vermitteln, Entscheidungen begleiten und Menschen dazu befähigen, ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten. Darüber hinaus erfassen sie psychosoziale Belastungen und unterstützen in der Krankheitsbewältigung. Damit tragen sie maßgeblich zu einer ganzheitlichen, koordinierenden und patientenzentrierten Versorgung innerhalb des multiprofessionellen Teams bei. (23)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Pflegepersonen in multiprofessionellen Teams eine Schlüsselrolle übernehmen, die weit über eine klassische pflegerische Betreuung hinausgeht. Sie koordinieren Versorgungsprozesse, fördern den Informationsfluss, übernehmen präventive und edukative Aufgaben und tragen wesentlich zur Versorgungskontinuität und Qualitätssicherung bei. Langfristig wird der Pflegeberuf, insbesondere aufgrund erweiterter Kompetenzen, demographischen Wandels, Fachkräftemangels etc., im multiprofessionellen Team zunehmend an Bedeutung gewinnen. Eine Stärkung und Förderung des Pflegeberufs ist deshalb nicht nur eine Option um die Primärversorgung zu stärken, sondern eine zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Primärversorgung.

5. Methodik der empirischen Untersuchung

5.1. Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Qualitative Methoden eignen sich besonders gut, wenn es darum geht, subjektive Erfahrungen, Einstellungen und Wahrnehmungen von Personen zu erfassen. Im Gegensatz zu quantitativen Methoden, die mit Zahlen und Messungen arbeiten, steht hier das Verstehen von individuellen Sichtweisen im Vordergrund.

Da sich diese Arbeit mit der Rolle von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) in Primärversorgungseinheiten beschäftigt, ist es wichtig, die Perspektive der Pflegepersonen selbst zu erfassen. Ziel ist es, ein möglichst genaues Bild vom Arbeitsalltag, den Aufgabenbereichen und der interprofessionellen Zusammenarbeit im Team zu erhalten. Deshalb wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, der es ermöglicht, tiefergehende Einblicke in den Alltag zu gewinnen.

5.2. Stichprobe und Sampling

Für die Untersuchung wurden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) ausgewählt, die in Primärversorgungseinheiten (PVE) in Oberösterreich tätig sind. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte gezielt (sogenanntes purposives Sampling). Das bedeutet, dass bewusst Personen ausgewählt wurden, die über relevante Erfahrungen im untersuchten Bereich verfügen.

Insgesamt wurden 10 Interviews durchgeführt. Voraussetzung für die Teilnahme war eine abgeschlossene Ausbildung als DGKP sowie eine aktuelle Tätigkeit in einer PVE. Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen abzubilden, um ein möglichst umfassendes Bild der pflegerischen Rolle in der Primärversorgung zu erhalten.

5.3. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter, halbstrukturierter Interviews. Diese Interviewform bietet den Vorteil, dass zentrale Themenbereiche vorgegeben sind, gleichzeitig aber genügend Raum für individuelle Antworten und neue Aspekte bleibt. Die Interviews wurden im Zeitraum von März 2026 bis April 2026 durchgeführt und dauerten jeweils zwischen 30 und 45 Minuten. Sie fanden persönlich beziehungsweise telefonisch statt. Mit Zustimmung der Interviewpartner:innen wurden die Gespräche aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Transkription dient dazu, das gesprochene Material schriftlich festzuhalten und eine systematische Auswertung zu ermöglichen.

5.4. Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage des theoretischen Teils dieser Arbeit erstellt. Dabei wurden zentrale Themen wie Aufgabenbereiche der Pflege, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie mögliche Erweiterungen von Kompetenzen berücksichtigt. Der Leitfaden diente während der Interviews als Orientierung, wurde jedoch nicht starr abgearbeitet. Vielmehr konnten je nach Gesprächsverlauf zusätzliche Fragen gestellt oder Themen vertieft werden. Dadurch war es möglich, sowohl vergleichbare als auch individuelle Inhalte zu erfassen.

Fragenblock: 1 Kontextfragen

- In welcher Funktion arbeiten Sie in der PVE?
- Welche Ausbildung bzw. Qualifikation haben Sie? (z.B. DGKP, zusätzliche Spezialisierungen)
- Arbeiten Sie Vollzeit oder Teilzeit in der PVE?
- Wie lange arbeiten Sie bereits in einer Primärversorgungseinheit?

Fragenblock 2: Aktuell Rolle und beruflicher Hintergrund

- Wie würden Sie Ihre Rolle innerhalb der PVE beschreiben?
- Welche typischen Aufgaben übernehmen Sie in Ihrem Arbeitsalltag?
- Welche Aufgaben nehmen den größten Teil Ihrer tagtäglichen Arbeit ein?
- Gibt es Aufgaben, die speziell in der PVE anders sind als in anderen Settings (z. B. Krankenhaus, Hauskrankenpflege)?
- Hat sich Ihre Rolle seit Beginn Ihrer Tätigkeit in der PVE verändert? Wenn ja, wie?

Fragenblock 3: Interprofessionelle Zusammenarbeit im PVE-Team

- Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen, Therapeut:innen und anderen Berufsgruppen im PVE-Team?
- Wie werden Entscheidungen im Team getroffen?
- Welche Faktoren fördern aus Ihrer Sicht eine gute Zusammenarbeit im Team?
- Welche Faktoren erschweren die Zusammenarbeit im Team?
- Fühlen Sie sich als gleichwertiger Teil des Teams? Warum bzw. warum nicht?

Fragenblock 4: Erweiterte Pflegekompetenzen

- Gibt es Tätigkeiten, die Sie heute eigenständig durchführen, die früher hauptsächlich von Ärzt:innen übernommen wurden?

- Können Sie ein konkretes Beispiel nennen?
- Wie stehen Sie grundsätzlich dazu, wenn Pflegepersonen künftig mehr medizinische Aufgaben übernehmen würden?
- Welche Chancen sehen Sie darin?
- Welche möglichen Risiken oder Probleme könnten entstehen?

Optional:

- Welche strukturellen oder organisatorischen Voraussetzungen braucht es, damit Pflege erweiterte Aufgaben gut übernehmen kann?
- Wie stehen Ärzt:innen und andere Berufsgruppen zu erweiterten Pflegekompetenzen aus Ihrer Wahrnehmung?

Fragenblock 5: Herausforderungen im Arbeitsalltag

- Was sind aus Ihrer Sicht die größten Herausforderungen in Ihrer täglichen Arbeit?
- Welche strukturellen oder organisatorischen Probleme erleben Sie im Arbeitsalltag?
- Welche Verbesserungen wünschen Sie sich für die Rolle der Pflege in PVE?

Fragenblock 6: Zukunftsperspektiven

- Wie könnte die Zusammenarbeit im Team künftig noch besser gestaltet werden?
- Wie sehen Sie die zukünftige Rolle der Pflege in Primärversorgungseinheiten?
- In manchen Ländern gibt es sogenannte flächendeckend Advanced Practice Nurses (APN) mit erweiterten Kompetenzen.
- Haben Sie davon bereits gehört?
- Könnten Sie sich vorstellen, dass solche Rollen auch in österreichischen PVE sinnvoll wären?
- Welche Chancen oder Herausforderungen sehen Sie bei solchen erweiterten Rollen?

5.5. Datenauswertung

Die Auswertung der Interviews erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese Methode ermöglicht es umfangreiches Textmaterial systematisch zu analysieren und inhaltlich zu strukturieren.

Zunächst wurden alle Interviews vollständig transkribiert. Anschließend wurden relevante Textstellen markiert und zu sogenannten Codes zugeordnet. Diese Codes fassen ähnliche Aussagen zusammen. Im nächsten Schritt wurden daraus Kategorien gebildet, die entweder aus der Theorie abgeleitet (deduktiv) oder direkt aus dem Material entwickelt (induktiv) wurden.

Durch diesen strukturierten Prozess konnten zentrale Themen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen der Interviewpartner:innen herausgearbeitet werden. Die, im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse, erarbeiteten Kategorien werden in folgender Tabelle dargestellt.

Kategorie	Definition	Subkategorie	Zitat
Aufgabenbereiche der DGKP	Umfasst alle von den Interviewpartner:innen beschriebenen Tätigkeiten der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in Primärversorgungseinheiten	- Pflegerische Tätigkeiten (z. B. Wundversorgung) - Medizinisch-technische Tätigkeiten (z. B. Blutabnahme, Infusionen) - Beratung und Betreuung (z. B. Patient:innenedukation) - Organisation und Koordination	„Wir machen sehr viel Wundmanagement, aber auch Blutabnahmen gehören zum Alltag.“
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Beschreibt die Zusammenarbeit zwischen DGKP und anderen Gesundheitsberufen innerhalb der Primärversorgungseinheit	- Kommunikation im Team - Entscheidungsfindung - Rollenverteilung - Teamklima	„Die Zusammenarbeit funktioniert auf Augenhöhe und mit viel Vertrauen.“
Förderfaktoren der Zusammenarbeit	Faktoren, die eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen	- Vertrauen - Wertschätzung - Flache Hierarchien - Offene Kommunikation	„Wenn die Kommunikation passt, funktioniert alles viel besser.“
Barrieren der Zusammenarbeit	Faktoren, die die interprofessionelle Zusammenarbeit erschweren oder einschränken	- Zeitmangel - Personalmangel - Kommunikationsprobleme - Unklare Zuständigkeiten	„Oft fehlt einfach die Zeit für einen richtigen Austausch im Team.“

Erweiterte Pflegekompetenzen	Wahrnehmung und Einschätzung zusätzlicher bzw. erweiterter Aufgabenbereiche der Pflege über die aktuellen Tätigkeiten hinaus	- Zustimmung zur Kompetenzerweiterung - Skepsis und Bedenken - Auswirkungen auf Versorgung - Auswirkungen auf Berufsrollen	„Erweiterte Kompetenzen würden die Ärzte entlasten und die Versorgung verbessern.“
Voraussetzungen für Kompetenzerweiterung	Bedingungen, die für die erfolgreiche Umsetzung erweiterter Pflegekompetenzen notwendig sind	- Rechtliche Rahmenbedingungen - Aus- und Weiterbildung - Klare Kompetenzabgrenzung - Strukturelle Anpassungen	„Ohne klare gesetzliche Regelung ist das schwierig umzusetzen.“
Herausforderungen im Arbeitsalltag	Belastungen und strukturelle Probleme im Berufsalltag der DGKP	- Hohe Arbeitsbelastung - Zeitdruck - Personalmangel - Ineffiziente Aufgabenverteilung	„Man ist oft mit Tätigkeiten beschäftigt, die auch jemand anderes machen könnte.“
Ressourcennutzung und Aufgabenverteilung	Wahrnehmung der Effizienz der aktuellen Aufgabenverteilung innerhalb der PVE	- Einsatz von Qualifikationen - Delegation von Aufgaben - Nutzung von Assistenzpersonal	„Für manche Tätigkeiten wären wir eigentlich überqualifiziert.“

Tabelle 1: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

5.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität der Untersuchung sicherzustellen, wurden zentrale Gütekriterien qualitativer Forschung berücksichtigt. Dazu zählen insbesondere Transparenz, Nachvollziehbarkeit und intersubjektive Überprüfbarkeit.

Der gesamte Forschungsprozess wurde möglichst genau dokumentiert. Dazu gehören die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Durchführung der Interviews sowie die einzelnen Schritte der Auswertung.

Durch die Verwendung einer etablierten Methode (Inhaltsanalyse nach Mayring) wird sichergestellt, dass die Ergebnisse nachvollziehbar und wissenschaftlich fundiert sind.

5.7. Ethische Aspekte

Bei der Durchführung der Interviews wurden ethische Grundsätze beachtet. Alle Teilnehmenden wurden vorab über Ziel und Ablauf der Untersuchung informiert und haben freiwillig an der Studie teilgenommen.

Die Interviews wurden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Alle Daten wurden vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

6. Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), die in Primärversorgungseinheiten (PVE) in Oberösterreich tätig sind, präsentiert. Ziel der Analyse ist es, die Perspektiven der Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Rolle, ihrer Aufgabenbereiche sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit im Arbeitsalltag zu erfassen und systematisch darzustellen.

Die Darstellung erfolgt entlang der Themengebiete, die im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse gebildet wurden. Zur Veranschaulichung werden ausgewählte Aussagen der Interviewpartner als Zitate in anonymisierter Form angeführt.

6.1. Aufgabenbereiche der DGKP in PVE

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die Tätigkeitsbereiche der DGKP in PVE als äußerst vielfältig beschrieben werden und sich deutlich von klassischen, stärker spezialisierten Tätigkeiten in anderen Versorgungssettings, wie zum Beispiel im Krankenhaus, unterscheiden. Innerhalb der PVE überschneiden sich die Aufgabenbereiche jedoch stark.

Mehrere Interviewpartner betonen, dass sie ein sehr breites Spektrum an Aufgaben übernehmen, das sowohl pflegerische, medizinisch unterstützende als auch organisatorische Tätigkeiten umfasst. Dazu zählen insbesondere Blutabnahmen, Infusionen, Impfungen, Wundmanagement, physikalische Therapien sowie Patient:innen-Schulung.

„Unser Tätigkeitsfeld ist sehr breit [...] Infusionstherapien, Impfungen, Aderlässe sowie die Vorbereitung von Vorsorgeuntersuchungen [...] Wundversorgungen, sowohl bei akuten als auch bei chronischen Wunden.“

Auch die Betreuung chronisch kranker Patient:innen stellt einen wesentlichen Bestandteil der täglichen Arbeit dar, wobei hier insbesondere edukative und beratende Tätigkeiten hervorgehoben werden.

„Betreuung chronisch kranker Patient, Beratung und Koordination von Patient:innen.“

Gleichzeitig zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der täglichen Arbeit aus Tätigkeiten besteht, die teilweise als eher assistierend wahrgenommen werden. Dazu zählen vor allem Blutabnahmen, Infusionen anhängen sowie Labortätigkeiten, die von mehreren Interviewpartner als sehr zeitintensiv beschrieben werden.

„Leider sehr viel Blutabnahmen und Infusionen anhängen.“

Einige Interviewpartner weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Tätigkeiten teilweise nicht dem eigentlichen Kompetenzniveau der DGKP entsprechen und Ressourcen möglicherweise effizienter eingesetzt werden könnten.

„Wir führen ganz viele Assistenzarbeiten durch, das ist für mich Verschwendung von Ressourcen.“

Darüber hinaus wird deutlich, dass die Arbeit in der Primärversorgung durch ein hohes Maß an Eigenverantwortung geprägt ist. Im Vergleich zum Krankenhaus wird die Tätigkeit als weniger spezialisiert, jedoch gleichzeitig als vielseitiger und selbstständiger beschrieben.

„In der PVE ist die Arbeit wesentlich breiter gefächert. Man muss ein großes Spektrum abdecken und flexibel auf unterschiedliche Situationen reagieren können.“

Insgesamt zeigt sich, dass die Rolle der DGKP in Primärversorgungseinheiten durch ein breites, teilweise heterogenes Aufgabenprofil gekennzeichnet ist, das sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich bringt.

6.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungseinheiten wird von den Interviewpartner überwiegend positiv wahrgenommen. Besonders häufig wird hervorgehoben, dass ein Arbeiten „auf Augenhöhe“ sowie ein gutes Teamklima zentrale Voraussetzungen für eine funktionierende Zusammenarbeit darstellen.

„Wir arbeiten auf Augenhöhe mit Ärzten und Ärztinnen, Therapeut:innen und anderen Berufsgruppen.“

Als sehr entscheidende Faktoren werden auch Vertrauen und gegenseitiger Respekt genannt, die die Zusammenarbeit im Team fördern und das Arbeiten erleichtern.

„Die Ärzte und Ärztinnen wissen, dass sie sich auf uns verlassen können, und schätzen unsere Arbeit.“

Die Kommunikation erfolgt dabei häufig direkt oder indirekt über gemeinsame Dokumentationssysteme, wodurch ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen gewährleistet wird.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass Entscheidungen im Arbeitsalltag oft nicht im gesamten Team, sondern eher situativ oder in kleineren Konstellationen getroffen werden.

„Viele Entscheidungen werden auch alleine getroffen, da wir über viel Kompetenz und Wissen verfügen.“

Bei der Frage welche Faktoren eine Zusammenarbeit erschweren, haben einige DGKP's darauf hingewiesen, dass eine schlechte Kommunikation sowie starke hierarchische Strukturen einen negative Einfluss auf die Kooperation im Team haben könnten.

„Stark ausgeprägte Hierarchien, schlechte Kommunikation.“

Trotz dieser Herausforderungen fühlen sich die meisten Interviewpartner als gleichwertiger Teil des Teams, was insbesondere auf das entgegengebrachte Vertrauen und die Möglichkeit eigenständigen Arbeitens zurückgeführt wird.

„Ich fühle mich als gleichwertiger Teil des Teams, da mir viel Vertrauen entgegengebracht wird.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in PVE grundsätzlich als positiv erlebt wird, gleichzeitig jedoch auch von strukturellen und kommunikativen Faktoren abhängig ist.

6.3. Wahrnehmung erweiterter Pflegekompetenzen

Im Hinblick auf die mögliche Erweiterung pflegerischer Kompetenzen zeigt sich in den Interviews ein überwiegend positives, jedoch differenziertes Meinungsbild.

Viele Interviewpartner sehen in einer Ausweitung der Kompetenzen eine sinnvolle Entwicklung, insbesondere im Hinblick auf die Entlastung von Ärzten und Ärztinnen sowie die bessere und effektivere Nutzung vorhandener pflegerischer Kompetenzen.

„Sehr positiv. Die Pflege wird mehr Verantwortung übernehmen müssen.“

Auch die Möglichkeit, die Versorgungsqualität zu verbessern und Ressourcen effizienter einzusetzen, wird als Chance wahrgenommen.

„Optimale Nutzung der Kompetenzen und Ressourcen, Entlastung für die Ärzte und Ärztinnen.“

Gleichzeitig äußern einige Interviewpartner:innen Bedenken daran. Sie hatten sowohl Sorgen vor Überlastung, Skepsis gegenüber zusätzlicher Vorbehalte als auch Zweifel an Akzeptanz.

„Die DGKP’s decken schon jetzt eine sehr breite Palette ab“

„Ich bin zufrieden mit den Aufgaben [...] und glaube auch, dass wir ausgelastet sind“

„Patient:innen wollen vielleicht gewisse Themen eher mit einem Arzt besprechen“

Risiken und Herausforderungen werden ebenso angesprochen. Besonders häufig wird auf derzeit unklare rechtliche Rahmenbedingungen, sowie auf mögliche zusätzliche Belastungen für den Pflegeberuf hingewiesen.

„Rechtliche Unsicherheiten, mehr Verantwortung/Belastung für den Pflegeberuf.“

Ein weiterer Aspekt betrifft die Akzeptanz sowohl innerhalb des Teams als auch seitens der Patient:innen, wobei einzelne Interviewpartner hier potenzielle Vorbehalte sehen.

Darüber hinaus wird deutlich, dass viele Tätigkeiten, die heute von Pflegepersonen übernommen werden, historisch betrachtet ursprünglich auch ärztliche Aufgaben waren.

„Blutabnahmen, Impfungen, Beratung von Patient:innen waren früher auf jeden Fall Teil ärztlicher Tätigkeit.“

In Bezug auf die Rolle von Advanced Practice Nurses (APN) zeigt sich, dass diese grundsätzlich als sinnvoll angesehen wird, jedoch derzeit noch strukturelle und rechtliche Voraussetzungen fehlen. Weiter haben einige Interviewpartner darauf hingewiesen, dass in Österreich derzeit weder die Ausbildungsmöglichkeiten flächendeckend vorhanden seien, noch die Vergütung dem Ausbildungsniveau der APN’s entsprechen würden.

„Auf jeden Fall, zur Zeit fehlen jedoch noch die rechtlichen sowie finanziellen Rahmenbedingungen.“

„Allerdings fehlen derzeit oft die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen...“

Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine Erweiterung der Pflegekompetenzen von vielen als notwendig und sinnvoll erachtet wird, jedoch an klare Rahmenbedingungen geknüpft werden

muss. Einige haben Bedenken, dass bei einer Erweiterung mögliche rechtliche Graubereiche entstehen werden.

6.4. Herausforderungen im Alltag

Ein zentrales Ergebnis der Interviews ist, dass der Arbeitsalltag der DGKP in PVE von mehreren strukturellen und organisatorischen Herausforderungen geprägt ist.

Besonders häufig werden Zeitdruck und Personalmangel genannt, die es erschweren, alle Aufgaben in der gewünschten Qualität zu erfüllen.

„Unter Zeitdruck und Personalmangel alle Aufgaben rechtzeitig und qualitativ hochwertig zu erledigen.“

Darüber hinaus wird der breite Aufgabenbereich als Herausforderung wahrgenommen, insbesondere wenn viele unterschiedliche Tätigkeiten in kurzer Zeit bewältigt werden müssen.

„Breiter Aufgabenbereich in vergleichsweise kurzer Zeit.“

Ein wiederkehrendes Thema ist zudem die ineffiziente Nutzung von Ressourcen, insbesondere durch den hohen Anteil an Tätigkeiten, die potenziell von Assistenzpersonal übernommen werden könnten.

„Viele Aufgaben, welche Assistenz übernehmen könnten [...] nehmen sehr viel Zeit in Anspruch.“

Mehrere Interviewpartner äußern daher den Wunsch nach zusätzlichem Personal sowie einer klareren Aufgabenverteilung.

„Mehr Personal, welches uns bei unserer Aufgaben entlasten könnte.“

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Arbeit in PVE durch einen Mix vielseitiger Aufgaben, hoher Eigenverantwortung und strukturellen Herausforderungen gekennzeichnet ist. Um die alltägliche Arbeit in PVE zu verbessern, wünschen sich viele der Interviewpartner:innen mehr Personal. Diese Mitarbeiter:innen könnten in Zukunft Aufgaben übernehmen, die zurzeit noch der DGKP zugeordnet ist, jedoch als Arbeit für eine Assistenz wahrgenommen wird. Ein task-shifting dieser Aufgaben würde den DGKP mehr Zeit für qualifiziertere Aufgaben geben.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Rolle der DGKP in PVE als vielseitig, eigenständig und zunehmend bedeutend wahrgenommen wird. Gleichzeitig bestehen sowohl

strukturelle als auch organisatorische Herausforderungen, die für eine Weiterentwicklung der pflegerischen Rolle berücksichtigt werden müssen.

7. Diskussion

Ziel dieser Masterarbeit war es, die Rolle des Pflegeberufs in Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich aus Sicht der dort tätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zu untersuchen. Im Fokus standen dabei insbesondere die Aufgabenbereiche der Pflege, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Wahrnehmung erweiterter Kompetenzbereiche.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung mit den im theoretischen Teil dargestellten Erkenntnissen in Beziehung gesetzt und kritisch diskutiert.

7.1. Einordnung der Aufgabenbereiche der DGKP

Die Ergebnisse der Interviews zeigen deutlich, dass die Rolle der DGKP in PVE als sehr vielseitig und breit gefächert beschrieben und wahrgenommen wird. Dies umfasst sowohl klassische pflegerische Tätigkeiten wie Wundversorgung, Patient:innenberatung und Betreuung chronisch Kranker als auch medizinische Aufgaben wie Blutabnahmen, Infusionen und Impfungen. Dieses Ergebnis deckt sich in hohem Maße mit den theoretischen Ausführungen, in denen bereits beschrieben wurde, dass Pflegepersonen in der Primärversorgung nicht nur klassische pflegerische Tätigkeiten übernehmen, sondern auch Aufgaben in den Bereichen Prävention, Beratung, Koordination und Organisation erfüllen. Die Interviews verdeutlichen insbesondere die hohe Eigenverantwortlichkeit der Pflege, etwa bei der Wundversorgung oder im Rahmen von Hausbesuchen. Das steht im Einklang mit den gesetzlichen Grundlagen des GuKG, welches die eigenverantwortliche Durchführung des Pflegeprozesses betont.

Besonders auffällig ist dabei, dass ein großer Teil der täglichen Arbeit aus Tätigkeiten besteht, die teilweise als assistierend beschrieben werden, wie etwa Blutabnahmen, Infusionen oder Labortätigkeiten, was teilweise als ineffiziente Nutzung hochqualifizierter Ressourcen wahrgenommen wird. Dieses Ergebnis steht in einem gewissen Spannungsverhältnis zu den im theoretischen Teil beschriebenen erweiterten Kompetenzprofilen der Pflege, insbesondere im Hinblick auf eine stärkere Einbindung in beratende, koordinierende und präventive Aufgaben.

Die Interviews zeigen somit, dass das vorhandene Kompetenzpotenzial der DGKP in der Praxis nicht immer vollständig ausgeschöpft wird. Dies deutet darauf hin, dass mit Hilfe des im theoretischen Teil beschriebenen „task-shifting“ eine optimalere Nutzung pflegerischer Kompetenzen begünstigt werden würde. Das deckt sich auch mit internationalen Empfehlungen, wonach klare Kompetenzverteilungen zur Effizienzsteigerung beitragen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Arbeit in Primärversorgungseinheiten im Vergleich zu anderen Settings, wie beispielsweise dem Krankenhaus, als deutlich eigenständiger und

vielseitiger wahrgenommen wird. Dieses Ergebnis bestätigt die im theoretischen Teil dargestellte Annahme, dass die Primärversorgung ein Setting darstellt, in dem Pflegepersonen eine zentrale und eigenverantwortliche Rolle einnehmen.

7.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den meisten Interviewpartner als überwiegend positiv beschrieben. Begriffe wie „Arbeiten auf Augenhöhe“, „Vertrauen“ und „gutes Arbeitsklima“ werden ständig wiederholt. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den theoretischen Konzepten der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Vertrauen, klare Kommunikation und gemeinsame Zielorientierung als zentrale Erfolgsfaktoren definieren.

Auffällig ist jedoch, dass formalisierte Entscheidungsprozesse im Team selten stattfinden. Entscheidungen werden häufig eigenständig oder in bilateraler Absprache getroffen, während strukturierte Teambesprechungen nur vereinzelt stattfinden. Dies deutet darauf hin, dass interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis nicht immer im Sinne eines vollständig koordinierten Teamprozesses erfolgt, sondern häufig durch individuelle Handlungsspielräume geprägt ist.

Darüber hinaus wurden in den Interviews auch Barrieren einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit angesprochen, wie beispielsweise unklare Rollenverteilungen, mangelnde Kommunikation oder bestehende hierarchische Strukturen. Diese Aspekte spiegeln sich ebenfalls in der Literatur wider, in der genau diese Faktoren als zentrale Herausforderungen für eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in den untersuchten PVE grundsätzlich gut funktioniert, jedoch weiterhin Entwicklungspotenzial besteht, insbesondere im Hinblick auf klar definierte Rollen und regelmäßige Teambesprechungen.

7.3. Erweiterte Pflegekompetenzen und internationale Perspektiven

Ein zentrales Thema sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil dieser Arbeit ist die mögliche Erweiterung pflegerischer Kompetenzen. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass eine Mehrheit der befragten DGKP einer solchen Entwicklung grundsätzlich positiv gegenübersteht, insbesondere im Hinblick auf die Entlastung von Ärzten und Ärztinnen sowie die bessere Nutzung vorhandener Kompetenzen.

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit internationalen Entwicklungen, in denen Pflegepersonen, insbesondere in Form von Advanced Practice Nurses (APN), bereits erweiterte

Aufgabenbereiche übernehmen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung leisten.

Gleichzeitig wird in den Interviews deutlich, dass eine Erweiterung der Kompetenzen an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist. Besonders häufig werden hierbei klare rechtliche Rahmenbedingungen, entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote sowie ausreichende personelle Ressourcen genannt.

Die Unsicherheit in Bezug auf rechtliche Fragen sowie Haftungsfragen stellt dabei eine zentrale Sorge dar. Dieses Ergebnis deckt sich mit den im theoretischen Teil dargestellten Herausforderungen bei der Implementierung erweiterter Pflegekompetenzen, insbesondere in Ländern, in denen diese Rollen noch nicht vollständig etabliert sind.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Einführung neuer Rollen, wie beispielsweise der APN, nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern immer im Zusammenhang mit strukturellen Veränderungen im gesamten Gesundheitssystem gesehen werden muss. Ohne entsprechende Anpassungen in Organisation, Finanzierung und Ausbildung besteht die Gefahr, dass zusätzliche Aufgaben lediglich zu einer weiteren Belastung der Pflege führen, ohne die gewünschten Effekte zu erzielen.

7.4. Herausforderungen im Arbeitsalltag

Die im Rahmen der Interviews identifizierten Herausforderungen, insbesondere Zeitdruck, Personalmangel und ein breites Aufgabenspektrum, bestätigen die im theoretischen Teil beschriebenen strukturellen Probleme in der Primärversorgung, insbesondere im Kontext steigender Patientenzahlen und zunehmender Komplexität der Versorgung.

Besonders hervorzuheben ist dabei die wiederholt geäußerte Wahrnehmung, dass viele Tätigkeiten von DGKP übernommen werden, die auch von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt werden könnten. Dies führt bei einigen DGKP zu dem Gefühl einer ineffizienten Nutzung von Ressourcen und erschwert gleichzeitig die Konzentration auf komplexere pflegerische Aufgaben.

Diese Problematik steht in direktem Zusammenhang mit dem Konzept des „task shifting“, das im theoretischen Teil als mögliche Lösung für bestehende Versorgungsengpässe beschrieben wurde. Während international eine Verschiebung von Aufgaben von Ärzten und Ärztinnen hin zur Pflege diskutiert wird, zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass innerhalb der Pflege selbst eine weitere Differenzierung der Aufgaben sinnvoll sein könnte.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung der Primärversorgung nicht nur eine Erweiterung pflegerischer Kompetenzen erfordert, sondern auch eine klare Strukturierung und Verteilung von Aufgaben innerhalb des gesamten Teams.

7.5. Limitationen der Studie

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen auch die Limitationen der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt werden. Die Stichprobe umfasst ausschließlich DGKP aus PVE in Oberösterreich, wodurch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen oder Settings eingeschränkt ist.

Darüber hinaus basiert die Untersuchung auf subjektiven Einschätzungen der Interviewpartner, die durch individuelle Erfahrungen und persönliche Wahrnehmungen geprägt sind. Eine objektive Bewertung der tatsächlichen Arbeitsabläufe wurde im Rahmen dieser Studie nicht durchgeführt.

Trotz dieser Einschränkungen liefern die Ergebnisse wertvolle Einblicke in die Praxis der Primärversorgung und zeigen zentrale Entwicklungen sowie bestehende Herausforderungen auf.

7.6. Schlussfolgerung für Praxis und Gesundheitssystem

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich mehrere Implikationen für die Weiterentwicklung der Primärversorgung ableiten.

Zum einen wird deutlich, dass die Rolle der Pflege in PVE bereits heute eine zentrale Bedeutung einnimmt und in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Um dieses Potenzial voll auszuschöpfen, ist jedoch eine gezielte Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen erforderlich. Dazu zählen insbesondere die Schaffung klarer rechtlicher Grundlagen für erweiterte Pflegekompetenzen, der Ausbau von Aus- und Weiterbildungsangeboten sowie eine Anpassung der personellen und organisatorischen Strukturen.

Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass eine effizientere Aufgabenverteilung innerhalb des Teams notwendig ist, um vorhandene Ressourcen optimal zu nutzen. Dies betrifft sowohl die Delegation von Aufgaben an Assistenzpersonal als auch die gezielte Erweiterung pflegerischer Kompetenzen.

Insgesamt wird deutlich, dass die Weiterentwicklung der Primärversorgung nur im Zusammenspiel aller beteiligten Berufsgruppen gelingen kann und eine klare Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten eine zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung darstellt.

8. Fazit und Ausblick

Ziel dieser Masterarbeit war es, die Rolle des Pflegeberufs in PVE in Österreich zu analysieren und dabei insbesondere die Aufgabenbereiche der DGKP, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Bedeutung erweiterter Pflegekompetenzen zu untersuchen. Im Mittelpunkt stand die Forschungsfrage, wie sich die Rolle der Pflege in PVE gestaltet und welchen Einfluss erweiterte Kompetenzen sowie interprofessionelle Zusammenarbeit auf die Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems haben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen deutlich, dass die DGKP in PVE bereits heute eine zentrale und vielseitige Rolle in der Patientenversorgung einnimmt. Die Pflege ist nicht mehr ausschließlich als unterstützende bzw. assistierende Berufsgruppe zu verstehen, sondern agiert als eigenständiger, verantwortungsvoller und koordinierender Akteur innerhalb eines multiprofessionellen Teams. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den im theoretischen Teil dargestellten Entwicklungen, wonach Pflegepersonen zunehmend Aufgaben in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Beratung sowie Koordination übernehmen und somit maßgeblich zur Sicherstellung einer kontinuierlichen und patientenzentrierten Versorgung beitragen.

Gleichzeitig zeigen die empirischen Ergebnisse, dass die tatsächliche Ausgestaltung der pflegerischen Rolle in der Praxis noch nicht vollständig dem im theoretischen Teil beschriebenen Kompetenzprofil entspricht. Ein wesentlicher Teil der täglichen Arbeit entfällt weiterhin auf assistenznahe Tätigkeiten, die nicht dem Qualifikationsniveau der DGKP entsprechen. Dieses Missmatch deutet darauf hin, dass das vorhandene Potenzial der Pflege derzeit nicht vollständig ausgeschöpft wird. Im Kontext der Literatur, insbesondere der von OECD und WHO beschriebenen Ansätze des „task shifting“, wird deutlich, dass eine effizientere Aufgabenverteilung innerhalb der Teams notwendig ist, um die vorhandenen Ressourcen optimal nutzen zu können.

In Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit zeigen die Ergebnisse ein insgesamt positives Bild. Die Zusammenarbeit wird von den befragten Pflegepersonen überwiegend als vertrauensvoll, respektvoll und auf Augenhöhe beschrieben. Damit bestätigen die Ergebnisse die im theoretischen Teil dargestellten Erfolgsfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit, wie gemeinsame Zielorientierung, Kommunikation und gegenseitiger Respekt. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass wichtige Elemente, wie klare Rollenverteilungen oder standardisierte Entscheidungsprozesse, teilweise noch fehlen. Diese Beobachtung deckt sich mit den in der Literatur beschriebenen Barrieren, wie unklare Kompetenzabgrenzungen. Die Ergebnisse zeigen somit, dass interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis zwar funktioniert, jedoch

noch Entwicklungspotenzial im Sinne einer stärker strukturierten und koordinierten Zusammenarbeit besteht.

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit betrifft die Wahrnehmung erweiterter Pflegekompetenzen. Die Mehrheit der befragten DGKP steht einer Erweiterung grundsätzlich positiv gegenüber und erkennt darin eine Chance zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zur Entlastung von Ärzten und Ärztinnen. Diese Einschätzung steht im Einklang mit internationalen Entwicklungen, in denen Pflegepersonen, insbesondere in Form von APN, bereits erfolgreich erweiterte Aufgaben übernehmen. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Umsetzung solcher Modelle in Österreich derzeit noch durch fehlende rechtliche, strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen begrenzt ist. Die Ergebnisse bestätigen somit die im theoretischen Teil dargestellte Situation, wonach Österreich im internationalen Vergleich noch am Beginn der Entwicklung erweiterter pflegerischer Rollen steht.

Die Relevanz der Ergebnisse ergibt sich insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Der demographische Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der Mangel an medizinischem Personal erfordern neue Versorgungsmodelle und eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Pflege eine Schlüsselrolle in der Bewältigung dieser Herausforderungen einnehmen kann. Eine gezielte Stärkung und Weiterentwicklung des Pflegeberufs ist daher nicht nur sinnvoll, sondern notwendig, um die langfristige Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen.

Gleichzeitig macht die Arbeit deutlich, dass eine Erweiterung der Pflegekompetenzen nicht isoliert betrachtet werden darf. Ohne eine Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere in den Bereichen Gesetzgebung, Ausbildung, Organisation und Finanzierung, besteht die Gefahr, dass zusätzliche Aufgaben lediglich zu einer weiteren Belastung der Pflege führen, ohne die gewünschte Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Die Ergebnisse unterstreichen somit die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, bei dem alle beteiligten Berufsgruppen und Systemebenen berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Rolle der Pflege in PVE bereits heute eine zentrale Bedeutung für die Qualität und Effizienz der Versorgung hat. Interprofessionelle Zusammenarbeit trägt wesentlich zu einer verbesserten Patientenversorgung bei, während erweiterte Pflegekompetenzen ein großes Potenzial zur Weiterentwicklung des Systems darstellen.

Diese Arbeit weist jedoch auch schon bereits angesprochene Limitationen auf. Die Ergebnisse basieren auf einer qualitativen Untersuchung mit einer stark begrenzten Anzahl an Interviews, wodurch keine generalisierbaren Aussagen für das gesamte österreichische Gesundheitssystem

getroffen werden können. Zudem spiegeln die Ergebnisse subjektive Wahrnehmungen der Interviewpartner:innen wider, die durch individuelle Erfahrungen geprägt sind. Dennoch liefern die gewonnenen Erkenntnisse wertvolle Einblicke in die Praxis der Primärversorgung und bilden eine Grundlage für weiterführende Untersuchungen.

Für zukünftige Forschung wäre es sinnvoll, die Perspektiven weiterer Berufsgruppen, insbesondere von Ärzten und Ärztinnen und anderen Gesundheitsberufen, stärker zu berücksichtigen, um ein umfassenderes Bild der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erhalten.

Auch im Hinblick auf die praktische Umsetzung ergeben sich klare Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung. Dazu zählen insbesondere die Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen für erweiterte Pflegekompetenzen, der Ausbau von Aus- und Weiterbildungsangeboten sowie eine gezielte Förderung neuer Rollenmodelle wie der APN. Gleichzeitig sollte die Aufgabenverteilung innerhalb der Teams überprüft und optimiert werden, um die vorhandenen qualifizierten Ressourcen effizienter einzusetzen.

Zusammenfassend zeigt diese Arbeit, dass die Pflege in PVE ein zentrales Element eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems darstellt. Ihre Rolle wird in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Um dieses Potenzial jedoch vollständig auszuschöpfen, sind gezielte strukturelle, organisatorische und gesetzliche Anpassungen erforderlich. Die vorliegenden Ergebnisse liefern hierfür wichtige Impulse und unterstreichen die Notwendigkeit, die Weiterentwicklung der Pflege als integralen Bestandteil der Gesundheitsreform zu verstehen.

9. Literaturverzeichnis

1. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care [Internet]. OECD; 2020 [zitiert 8. April 2026]. (OECD Health Policy Studies). Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.html doi:10.1787/a92adee4-en
2. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. Wien; 2025.
3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html>
4. Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 S.
5. World Health Organization, UNICEF. Declaration of Alma-Ata [institutioneller Bericht]. Alma-Ata; 1978.
6. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva (Schweiz); 1946 [zitiert 12. April 2026]. Constitution of the World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
7. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med. 28. Juni 2001;344(26):2021–5. doi:10.1056/NEJM200106283442611
8. Häufige Fragen & Antworten | Plattform Primärversorgung [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/haeufige-fragen-antworten>
9. RIS - Primärversorgungsgesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 07.04.2023 [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948&FassungVom=2023-04-07>
10. Entwicklung der PVE in Österreich | Plattform Primärversorgung [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/pve-entwicklung-oesterreich>
11. Plattform Primärversorgung. Handbuch zur Gründung einer PVE. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2023.
12. Arbeiten im Team | Plattform Primärversorgung [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-team>
13. Muckenhuber J, Stocker MB, Hoffmann K, Roller-Wirnsberger R. Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Primärversorgung in ländlichen Regionen in der Steiermark. Soz Innov.
14. Hoffmann K. Die Zukunft der österreichischen Gesundheitsreform zur Stärkung der Primärversorgung. Lernen aus der COVID-19- Pandemie zur Steigerung der Gesundheitssystem-Resilienz.

15. Schneider A. Staatsbürger-, Gesetzes und Berufskunde für Fachberufe im Gesundheitswesen [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2003 [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-55802-3> doi:10.1007/978-3-642-55802-3
16. Erste Pflegeschule Österreichs - Campus Rudolfinerhaus Wien. Campus Rudolfinerhaus [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://www.campus-rudolfinerhaus.ac.at/wir-ueber-uns/geschichte/>
17. RIS - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 15.02.2022 [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2022-02-15>
18. World Health Organization. State of the World's Nursing 2025: Investing in Education, Jobs, Leadership and Service Delivery. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2025. 1 S.
19. Primärversorgungsgesetz, Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, Änderung | Parlament Österreich [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/ME/252>
20. RIS - Ärztegesetz 1998 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 08.04.2026 [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
21. Infos zu Ausbildungen – Pflege Österreich [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://pflege-oesterreich.at/infos-zu-ausbildungen/>
22. Pflegefachassistenz (PFA). magazin.pflegenetz.at [Internet]. [zitiert 8. April 2026]. Verfügbar unter: <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/pflegefachassistenz-pfa/>
23. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam. Wien; 2019.
24. International Council of Nurses (ICN). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva (Schweiz); 2020.
25. Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges [OECD Health Working Papers] [Internet]. Bd. 165. April 2024 [zitiert 8. April 2026]. (OECD Health Working Papers). OECD Health Working Papers Nr.: 165. Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/advanced-practice-nursing-in-primary-care-in-oecd-countries_8e10af16-en.html doi:10.1787/8e10af16-en
26. Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Costanzo G, Khan M, Atallah R, u. a. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. Canzan F, Herausgeber. PLOS ONE. 2. Juli 2024;19(7):e0305008. doi:10.1371/journal.pone.0305008
27. Leoni-Scheiber DC, Silvia Neumann-Ponesch. ANP-Rahmenkonzept Österreich: Der Werkzeugkoffer für Advanced Nursing Practice [institutioneller Bericht]. Österreich: ANP Forum Austria; 2024.

28. Lee G, Hendriks J, Deaton C. Advanced nursing practice across Europe: Work in progress. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Oktober 2020;19(7):561–3. doi:10.1177/1474515120917626
29. Ramis MA, Pearson A, (Jo) Wu CJ. The experience of being an advanced practice nurse in Australian acute care settings: A systematic review of qualitative evidence: JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2012;10(58):3960–4018. doi:10.11124/jbisrir-2012-404
30. Pu X, Malik G, Murray C. Running Nurse-led Clinics: A qualitative descriptive study of advanced practice nurses' experiences and perceptions. *Aust J Adv Nurs*. 24. September 2024;41(3). doi:10.37464/2024.413.1200
31. Hassmiller SB, Pulcini J, Herausgeber. Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [zitiert 8. April 2026]. (Advanced Practice in Nursing). Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-20550-8> doi:10.1007/978-3-030-20550-8
32. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs*. Dezember 2017;16(1):6. doi:10.1186/s12912-016-0198-7
33. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [institutioneller Bericht]. Geneva: World Health Organization; 2010.
34. Ewers M. Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*. 1. Dezember 2012;20(4):10–1. doi:10.1016/j.phf.2012.09.009
35. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 3. Mai 2020;34(3):332–42. doi:10.1080/13561820.2019.1636007
36. Jabbar S, Noor HS, Butt GA, Zahra SM, Irum A, Manzoor S, u. a. A Cross-Sectional Study on Attitude and Barriers to Interprofessional Collaboration in Hospitals Among Health Care Professionals. In: *J Health Care Organ Provis Financ*. Januar 2023;60:00469580231171014. doi:10.1177/00469580231171014
37. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, u. a. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. 22. Juni 2021;21(2):32. doi:10.5334/ijic.5589

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungsebenen (6)	12
Abbildung 2: Entwicklung der PVE in Österreich (9)	14
Abbildung 3: Möglichkeiten einer PVE (7)	16
Abbildung 4: Darstellung des Kernteams und erweiterten Teams einer PVE, Quelle: (11)	17

Abbildung 5: jeweilige Kompetenzprofile von APN in unterschiedlichen Staaten (24) 29